

Revisión de vida en pacientes con esquizofrenia: Efectos sobre el estado emocional y la memoria autobiográfica

José Vicente Hernández-Viadel*

Universidad de Castilla-La Mancha, Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). España

Jorge Javier Ricarte, Laura Ros, Francisco Antonio Del Rey, José Miguel Latorre

Universidad de Castilla-La Mancha, España

ABSTRACT

Life review in patients with schizophrenia: Effects on mood state and autobiographical memory. This study aimed to evaluate the efficacy of the Life Therapy Review (LTR) and the Significant Specific Life Events Therapy (SSLET) on the autobiographical memories and the mood state in patients with schizophrenia. 30 patients with schizophrenia were randomly assigned to a LTR group ($n=15$) or SSLET group ($n=15$). Evaluations were made before and after treatment. The results show that both therapies increase autobiographical memory specificity. On the other hand, depressive symptoms only improve in SSLET group. This study provides evidence that autobiographical memory can be trained in schizophrenia, which allows to improve the capacity to encode and store new information. This improvement reduces source attributing mistakes.

Key words: schizophrenia, cognitive training; autobiographical memory.

RESUMEN

Este estudio pretende examinar la eficacia de la Terapia de Revisión de Vida (TRV) y la Terapia de Acontecimientos Vitales Específicos Significativos (TAVES) sobre los recuerdos autobiográficos y el estado de ánimo en pacientes con esquizofrenia. 30 pacientes con esquizofrenia fueron asignados aleatoriamente al grupo TRV ($n=15$) y al grupo TAVES ($n=15$). Se realizaron evaluaciones pre- y post-tratamiento. Los resultados muestran que ambas terapias aumentan la especificidad de los recuerdos, pero que la sintomatología depresiva sólo mejora en el grupo TAVES. Este estudio muestra que es posible entrenar la memoria autobiográfica en esquizofrenia, lo que permite mejorar la capacidad para codificar y almacenar información nueva, reduciendo los niveles de confusión a la hora de atribuir la fuente donde se originó el recuerdo.

Palabras clave: esquizofrenia, entrenamiento cognitivo, memoria autobiográfica.

La esquizofrenia es un síndrome que se caracteriza por varias disfunciones cognitivas, entre las que destacan aquellas relacionadas con la memoria autobiográfica (MA; Wang, Metzack, Honer y Woodward, 2010). Los estudios actuales muestran una clara evidencia de este deterioro de la MA en la esquizofrenia (Morise, Berna y Danion, 2011). Por ejemplo, los pacientes con esquizofrenia recuerdan menos recuerdos autobiográficos específicos (Riutort, Cuervo, Danion, Peretti y Salamé, 2003), especialmente a partir del inicio de su enfermedad (Elvegag, Maylor y Gilbert, 2003; Feinstein, Goldberg, Nowlin y Weinberger, 1998), y pocos aspectos autobiográficos de forma consciente en

* Correspondencia a: José Vicente Hernández-Viadel. Facultad de Educación. Edificio Fray Luis de León. Campus universitario s/n. 16071 - Cuenca (España). E-mail: Josev.Hernandez@uclm.es. Agradecimientos: este estudio ha sido subvencionado parcialmente por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla la Mancha mediante el proyecto PI-2009/41.

comparación con personas sin este tipo de patología (Neumann, Blairy, Lecompte y Philippot, 2007).

Según Williams *et al.* (2007), la MA está relacionada con la capacidad de recordar eventos y hechos pasados de la propia vida. Por tanto, la MA podría considerarse como una parte inherente de la identidad personal, fuertemente relacionada con su desarrollo y fundamental para dotar de continuidad al yo, para el desarrollo y mantenimiento de las relaciones con los otros y, para la resolución de problemas (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). Pero, a pesar de esta clara relación entre la MA y la definición de la propia identidad, se han diseñado pocos estudios para evaluar el entrenamiento en MA en pacientes con esquizofrenia, un trastorno caracterizado por una identidad personal alterada (Riutort *et al.*, 2003).

Las intervenciones para mejorar la MA en la esquizofrenia deben centrarse en dotar al individuo de una mayor coherencia del yo, reducir los niveles de confusión respecto a la fuente que proporciona el recuerdo y evitar llegar a conclusiones precipitadas debido a un análisis superficial de la información (Ricarte, Hernández-Viadel, Latorre y Ros, 2012). El éxito de estas intervenciones provocaría una mejora de la MA, cuyo resultado sería que los pacientes con esquizofrenia fueran más eficaces en la atribución de la autoría del recuerdo, así como en la interpretación de las situaciones sociales futuras basadas en experiencias previas, mejorando así su funcionamiento social.

Blairy *et al.* (2008) fueron los primeros en comprobar los efectos cognitivos de un entrenamiento en MA en pacientes con esquizofrenia. Su programa de intervención estaba compuesto por 10 sesiones grupales en las que el uso de diarios fue el instrumento principal para el entrenamiento en la especificidad de la MA. Un recuerdo específico consiste en recordar un episodio concreto de la vida con un alto nivel de detalles sensoriales y perceptivos (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). La intervención también incluía ejercicios sobre objetivos personales, identidad personal, auto-definición, y proyecciones futuras. Sus resultados mostraron un incremento en la especificidad del recuerdo autobiográfico, el cual se mantuvo a los tres meses de seguimiento, aunque no hubo mejoras en la sintomatología depresiva. Este estudio puso de manifiesto la eficacia del uso de diarios como herramienta para el trabajo en sesiones grupales y para el establecimiento de tareas fuera de las sesiones de entrenamiento. Posteriormente, Ricarte *et al.* (2012) aplicaron esta misma metodología en combinación con una intervención en recuperación de recuerdos personales significativos para el self procedentes de diferentes etapas de la vida. Sus resultados también mostraron una mejora en la especificidad del recuerdo pero, contrariamente a la terapia de Blairy *et al.* (2008), la intervención de Ricarte *et al.* mejoró la sintomatología depresiva de los pacientes. Las diferencias en los resultados obtenidos en ambos estudios provocan la necesidad de plantearse dos interrogantes principales.

En primer lugar, sería posible que la diferencia en la mejora de la sintomatología depresiva en ambas terapias radique en la inclusión de las técnicas de la Terapia de Revisión de Vida (TRV) en el estudio de Ricarte *et al.* (2012) y no en el de Blairy *et al.* (2008). Según Haight y Webster (1995), la TRV es un proceso dirigido en el que el terapeuta ayuda a la persona a rescatar y reorganizar sus recuerdos y, a través de esta reorganización, la persona dota de sentido a su pasado y descubre significados que no

era capaz de reconocer por sí mismo en el momento presente. Se ha demostrado que el análisis y reflexión que la persona realiza sobre sus propios acontecimientos vitales a lo largo de su ciclo vital tiene valor terapéutico y, por este motivo, la TRV ha sido utilizada en diferentes terapias, especialmente para el tratamiento de la depresión (Westerhof, Bohlmeijer y Webster, 2010). En esta línea, Serrano, Latorre, Gatz y Montañés (2004) desarrollaron una versión de la TRV centrada en el recuerdo de eventos específicos. Su terapia consistía en un programa de intervención dirigido a personas mayores centrado en la revisión de vida a lo largo de cuatro etapas vitales (niñez, adolescencia, madurez y resumen de vida) mediante preguntas centradas en evocar recuerdos específicos positivos. Esta terapia ha demostrado mejorar el estado de ánimo en personas mayores con depresión (Serrano *et al.*, 2012).

Y, en segundo lugar, los resultados de Ricarte *et al.* (2012) dejan abierta la cuestión de si la TRV centrada en el recuerdo de eventos específicos podría mejorar por sí sola la especificidad de la MA en pacientes con esquizofrenia, al igual que ocurre con los trastornos depresivos (Serrano *et al.* 2012). En este caso, probablemente el hecho de que la TRV no incluya en sus sesiones el uso de diarios estructurados podría disminuir la mejora de la especificidad del recuerdo autobiográfico.

Este estudio experimental pretende dar respuesta a estos dos interrogantes. Con este fin, se ha comparado la TRV basada principalmente en el procedimiento desarrollado por Serrano *et al.* (2004) con una Terapia de Acontecimientos Vitales Específicos Significativos (TAVES). La TAVES se ha diseñado combinando el uso de diarios estructurados similares a los utilizados en el estudio de Blairy *et al.* (2008) con el entrenamiento en recuerdos específicos. El objetivo principal es evaluar la efectividad de ambas terapias sobre el estado emocional y sobre la especificidad de la MA en pacientes con esquizofrenia. La tabla 1 muestra las hipótesis planteadas en este estudio.

Tabla 1. Hipótesis del estudio (H1-H2)

	TRV	TAVES
H1. Mejora de sintomatología depresiva	sí	sí
H2. Mejora de la especificidad de la MA	no	sí

Notas. TRV= Terapia de Revisión de Vida; TAVES= Terapia de Acontecimientos Vitales Específicos Significativos.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 30 pacientes con esquizofrenia ingresados en Unidades de Media Estancia (UME) del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Todos ellos cumplían los criterios establecidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para el diagnóstico de esquizofrenia. El diagnóstico fue realizado por el equipo psicológico y psiquiátrico que atienden a los pacientes en las UME. Los participantes se repartieron aleatoriamente al grupo TAVES y al grupo

TRV en función de su posición en la lista de espera de la consulta. Durante el tiempo que duraron las terapias los pacientes estuvieron estabilizados clínicamente mediante tratamiento con neurolépticos (clorpromazina o equivalente) y antipsicóticos atípicos (clozapina o risperidona). No existían diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas, en la sintomatología o en la capacidad de memoria de trabajo entre ambos grupos (ver tabla 2). Por último señalar que este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del SESCAM.

Tabla 2. Características de la muestra

Variables	TRV (n=15)	TAVES (n= 15)	Test estadístico
	Media (DT)	Media (DT)	
<i>Edad</i>	33,93 (9,49)	38,66 (8,23)	$F(1, 29) = 2,13; p = .156$
<i>BPRS</i>	13,93 (6,12)	11,93 (4,83)	$F(1, 29) = 0,99; p = .329$
<i>BDI</i>	18,47 (12,21)	13,80 (10,86)	$F(1, 29) = 1,22; p = .278$
<i>Memoria espacial</i>	13,26 (2,73)	11,26 (3,03)	$F(1, 29) = 3,59; p = .068$
<i>Años evolución</i>	14,80 (8,62)	16,13 (8,75)	$F(1, 29) = 0,18; p = .678$
<i>Sexo (%)</i>	Hombres	73	$\chi^2 = 0,83; p = .361$
	Mujeres	26	
<i>Nivel educativo (%)</i>	Primarios	73	$\chi^2 = 1,05; p = .592$
	Secundarios	26	
	Universitarios	-	
<i>Diagnóstico (%)</i>	Paranoide	93	$\chi^2 = 3,67; p = .160$
	Indiferenciada	6	
	Residual	-	

Notas: BPRS= Escala Psiquiátrica Breve; BDI= Inventario de Depresión de Beck; Memoria Espacial= Subescala espacial de la Escala de Memoria de Wechsler.

Instrumentos y Medidas

Test de Memoria Autobiográfica (AMT; Williams y Broadbent, 1986). Para la valoración de la especificidad del recuerdo autobiográfico se utilizó la versión escrita del AMT, cuya adaptación a la población española se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por Raes, Hermans, de Decker, Eelen y Williams (2003). En esta versión del AMT, se proporcionaba a los pacientes un cuadernillo de 15 páginas, cada una con una palabra clave escrita y se les pedía que escribieran el recuerdo específico que les evocara cada palabra clave. Previamente se les había explicado que un recuerdo de tipo específico debe hacer referencia a un suceso o a una situación particular que haya ocurrido en un día concreto. También se les pidió que el recuerdo evocado fuera diferente para cada palabra clave y que como mínimo tuviera una semana de antigüedad. Tras la realización de tres palabras clave de prueba donde se verificaba la correcta comprensión de los requisitos de la tarea y se resolvían dudas, se iniciaba la tarea AMT. Esta tarea consistía de 12 palabras clave (5 palabras positivas, 5 negativas y 2 neutras) presentadas de forma alternativa. Tanto las instrucciones como las diferentes palabras clave eran leídas por el administrador y, si tras 60 segundos de la aparición de la palabra clave la persona no escribía ningún recuerdo, se pasaba a la siguiente palabra. Los recuerdos obtenidos fueron categorizados en función de su grado de especificidad por dos jueces independientes ajenos al estudio. Así, los recuerdos de eventos cuya duración

era inferior a 24 horas se codificaron como específicos. Si el evento duraba más de 24 horas se codificaba como extendido. Si el recuerdo ocurría en diferentes ocasiones de forma repetida se codificaba como categórico. Y, por último, los nombres de personas, animales u objetos se consideraban como asociaciones semánticas. La fiabilidad inter-juez fue de $Kappa = .91$.

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Steer y Brown, 1996). Es una medida ampliamente utilizada para evaluar el grado de severidad de la sintomatología depresiva. La escala consiste en 21 ítems con 4 alternativas de respuesta en cada uno de ellos. Se le pide al paciente que seleccione la opción que mejor se ajusta a sus sentimientos en la semana previa a la administración de la prueba. Esta versión ha demostrado tener una buena consistencia interna ($\alpha = 0.86$).

Escala Psiquiátrica Breve (BPRS; Overall y Gorham, 1988). Es un cuestionario que contiene 18 ítems que deben ser calificados en una escala de siete puntos. Se suele utilizar para evaluar los síntomas positivos, negativos y afectivos en personas con trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia. Los estudios de validación de esta escala realizados con población española muestran una buena consistencia interna ($\alpha = 0.79$) y una fiabilidad test-retest de .82 por lo que se considera un instrumento con una buena sensibilidad a la hora de detectar cambios en las características clínicas de los pacientes (Sánchez, Ibáñez y Pinzón, 2005).

Subescalas espaciales del Test de Memoria de Wechsler (WMS; Wechsler, 1997). Esta subescalas (versión hacia adelante y versión hacia atrás) se utilizaron para evaluar la memoria de trabajo no verbal. Frente a los participantes se dispuso un tablero blanco con 9 cuadrados de color azul. En la versión hacia adelante, el experimentador señalaba diferentes cuadrados con un orden determinado y el participante debía recordar la secuencia señalando los cuadrados en el mismo orden en que lo había hecho el experimentador. A medida que la persona respondía de forma correcta, las nuevas secuencias incrementaban su longitud. En la versión hacia atrás, el procedimiento era el mismo salvo que el participante debía repetir la secuencia de cuadrados en el orden inverso al señalado por el experimentador. La puntuación total es la suma del número de secuencias correctamente señaladas en ambas subescalas. Esta subescala presenta una fiabilidad de .85 (Wechsler, 1997).

Terapias

Terapia de Revisión de Vida. La TRV consistió en 4 sesiones de una hora de duración y con una frecuencia semanal. En cada una de las sesiones el trabajo se centró en la recuperación de recuerdos autobiográficos pertenecientes a diferentes periodos de la vida (infancia, juventud, madurez y último año). En la primera sesión se les preguntaba por recuerdos de la infancia y se les animaba a evocar un recuerdo mediante preguntas como “¿Recuerdas un episodio particular de cuando eras niño e ibas a la escuela primaria?”, “Cuéntame un episodio que recuerdes de esta etapa de tu vida”. La segunda sesión se centraba en recuperar recuerdos de la juventud (por ejemplo, ¿Tienes algún recuerdo de tu primera bicicleta, moto, etc.?). La tercera sesión se centró en la etapa de la madurez: “¿Recuerdas algún viaje o desplazamiento, o una visita a un/a amigo/a,

vecino/a o a cualquier otra persona que hicieras durante este periodo?”. Finalmente, la cuarta sesión se dedicó a recuperar recuerdos del último año: “¿Te acuerdas de algo que compraras el año pasado para ti mismo, para algún amigo, para tus padres o para la casa?”. Hay que señalar que en este grupo los pacientes solamente trabajaban durante la sesión, no recibiendo tareas para realizar en casa.

Terapia de Acontecimientos Vitales Específicos Significativos. En este grupo los pacientes asistieron a 10 sesiones de una hora de duración y con una frecuencia semanal. La distribución de contenidos por sesiones fue la siguiente: en la primera se presentaron los objetivos de la terapia y las normas del grupo. También se les explicó que durante la duración de la terapia deberían utilizar unos diarios donde recoger los recuerdos recientes con el máximo nivel de detalles y, que esa información sería compartida en el grupo. Se acordó como trabajo obligatorio, la elaboración de tareas fuera de la sesión consistentes en redactar diariamente un suceso en el diario que cada participante tenía asignado y que deberían de entregar al inicio de la siguiente sesión. Además se hizo hincapié en la importancia de la participación activa de los asistentes durante las sesiones. Finalmente, como tarea de entrenamiento se les pidió que relataran individualmente un suceso concreto que les hubiera ocurrido un día de la semana anterior. En la segunda sesión se explicó el funcionamiento de los diarios de forma más detallada. Éstos consistían en escribir un episodio de la manera más específica posible atendiendo a las directrices y criterios establecidos. Para ello, se les animó a pensar en un suceso concreto ocurrido el día anterior o ese mismo día y que lo recordasen como si lo estuvieran viendo en una fotografía; tenían que hacer referencia a aspectos como cuándo ocurrió, momento del día, el lugar donde se desarrolló el suceso, personas que estaban presentes, una descripción detallada de la acción que se estaba desarrollando, incluyendo detalles sensorio-perceptivos como ruidos y olores, las consecuencias inmediatas y futuras de esa acción tanto para el paciente como para el resto de personas presentes, y también debían comentar las emociones que experimentaron mientras ocurría el suceso. En las sesiones 3 y 4 el procedimiento siguió una estructura similar: se iniciaba con la revisión de los diarios personales que se corregían de forma grupal mediante la lectura por parte de cada uno de los pacientes de un suceso reflejado en el diario. Además, para fomentar la participación del resto de participantes se diseñó una hoja-registro en la que cada uno debía de puntuar la especificidad del recuerdo comentado. El terapeuta era el encargado de guiar la participación y promover el debate sobre el contenido y especificidad del suceso. Como ejercicio final se planteaba recordar algún suceso de tipo específico llevado a cabo durante la semana anterior. En el resto de sesiones, se incluyeron ejercicios de recuerdo autobiográfico sobre diferentes etapas de la vida. Así en la quinta sesión se trabajó sobre juegos de la infancia. En la sexta sesión se solicitó que recordaran el día de su primera comunión. En la séptima sesión se seleccionó un día de fiesta de la adolescencia. La octava sesión se centró en la etapa adulta a través de un recuerdo relacionado con haber llevado a cabo un paseo con la familia por el campo. En la novena sesión se elaboró un recuerdo sobre algún viaje realizado durante el último año, y en la décima sesión los participantes debían recordar la última cena de Nochevieja. Tras cada sesión se les pedía como tarea para casa que escribiesen en el diario al menos un recuerdo por día.

Procedimiento

Antes de iniciar el estudio, todos los pacientes firmaron el consentimiento informado de participación voluntaria en la terapia. Dos psicólogos clínicos ajenos a la condición experimental de terapia fueron los encargados de aplicar las pruebas tanto en el pre-test como en el post-test. El pre-test se realizó en una única sesión de aproximadamente una hora de duración y en ella se administraban las pruebas de memoria espacial, el BDI, la BPRS y el AMT. Ambas terapias se iniciaron aproximadamente tres o cuatro semanas después de la realización del pre-test y fueron llevadas a cabo por dos psicólogos clínicos que no habían participado en las evaluaciones pre- y post-test. Una semana después de la finalización de las terapias tuvo lugar la sesión post-test de 30 minutos de duración y en la que se volvieron a administrar el AMT y el BDI.

Diseño y análisis de datos

Este estudio es un ensayo aleatorio controlado o “diseño experimental con una variable independiente (VI) y grupos aleatorios”, donde la VI es el tipo de terapia recibida por los pacientes con esquizofrenia. Se realizaron diferentes análisis estadísticos mediante el SPSS 19.0. En primer lugar, se calcularon ANOVAs y χ^2 para comprobar la existencia de diferencias entre grupos en las variables sociodemográficas. En segundo lugar, se utilizaron ANOVAs de medidas repetidas para evaluar el efecto del tipo de terapia en las variables de tipo de recuerdo y sintomatología depresiva, y se estimó el tamaño del efecto mediante el estadístico eta cuadrado (η^2). Debido al pequeño tamaño de la muestra, se comprobó que los resultados de los ANOVAs se ajustaban al supuesto de esfericidad de Mauchly. Según Keselman, Rogan, Mendoza y Breen (1980), al tratarse de un estudio de medidas repetidas, se ha demostrado que es suficiente el cumplimiento del supuesto de esfericidad para considerar un comportamiento adecuado de la F .

RESULTADOS

Tal y como muestra la tabla 3, tanto el grupo TAVES como el grupo TRV muestran un aumento estadísticamente significativo en el número de recuerdos específicos tras el entrenamiento ($F(1, 14)= 34,51, p < .000, \eta^2= 0,71$, y $F(1, 14)= 1,23, p= .003, \eta^2= 0,47$, respectivamente).

Respecto a los recuerdos extendidos, aparece una reducción significativa de este tipo de recuerdo en el grupo TRV ($F(1, 13)= 5,64, p= .034, \eta^2= 0,30$), a diferencia del grupo TAVES donde no existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test ($F(1, 13)= 3,55, p= .082, \eta^2= 0,21$). En relación con la variable no recuerdo, mientras que no existen diferencias significativas en el número de no recuerdos en el grupo TRV ($F(1, 13)= 0,29, p= .602, \eta^2= 0,02$), los resultados muestran que el grupo TAVES disminuye significativamente el número de no respuestas ($F(1, 13) = 4,98, p= .044, \eta^2= 0,27$).

Tabla 3. Medias y (desviaciones típicas) de los tipos de recuerdo autobiográfico en pre-test y post-test.

	TRV		TAVES	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Recuerdos específicos	3,93 (3,26)	6,33 (3,35)	4,66 (2,76)	7,93 (2,63)
Recuerdos Categóricos	0,66 (0,89)	0,53 (0,99)	1,80 (1,97)	0,80 (1,26)
Recuerdos Extendidos	5,40 (3,20)	3,80 (2,27)	3,33 (1,98)	2,06 (1,43)
Asociaciones Semánticas	1,00 (0,65)	0,40 (0,63)	1,00 (1,19)	0,66 (0,72)
No recuerdos	0,86 (2,55)	1,26 (2,57)	2,26 (1,94)	0,46 (0,63)

Por último, ambas terapias no parecen afectar a las variables de asociación semántica y de recuerdos categóricos ya que no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre pre-test y post-test.

El ANOVA realizado muestra un efecto estadísticamente significativo del factor “tiempo” ($F(1, 28) = 13,08, p = .001, \eta^2 = 0,32$) y de la interacción “tiempo” x “grupo” ($F(1, 28) = 4,60, p = .041, \eta^2 = 0,14$) (ver tabla 4). En este sentido, los análisis post-hoc realizados nos muestran que el grupo TAVES mejora su estado de ánimo tras el entrenamiento ($F(1, 14) = 12,26, p = .004, \eta^2 = 0,46$), hecho que no ocurre en el grupo TRV ($F(1, 14) = 1,67, p = .216, \eta^2 = 0,11$).

Tabla 4. Medias y (desviaciones típicas) de las puntuaciones del BDI en pre-test y post-test.

	Pre-test	Post-test
TAVES	18,46 (12,20)	9,60 (8,76)
TRV	13,80 (10,85)	11,53 (10,94)

DISCUSIÓN

Este estudio pretendía comparar la eficacia de dos terapias diferentes (TRV y TAVES) en la mejora de la especificidad de la MA y del estado de ánimo. En primer lugar, respecto al estado emocional, los pacientes del grupo TAVES, y no los del grupo TRV, disminuyeron su sintomatología depresiva. Esta mejora del estado emocional es importante ya que la presencia de sintomatología depresiva es habitual en la esquizofrenia (Buchanan, 2007) y suele asociarse con un peor pronóstico (Johnson *et al.*, 2009) y con intentos de suicidio (Saarinen, Lehtonen y Lönnqvist, 1999). Pero, ¿por qué la TRV no mejora el estado de ánimo? El factor decisivo de esta mejora podría ser que la TAVES anima a los pacientes a que evoquen recuerdos esenciales para su autodefinición. Esto hace que el recuerdo sea muy vívido y evoque fuertes emociones, lo que podría estar relacionado con un aumento de la valoración positiva de las experiencias pasadas repercutiendo en la mejora del estado emocional. Este resultado sugiere que el

entrenamiento autobiográfico en pacientes con esquizofrenia no sólo debe centrarse en la especificidad o codificación de la información nueva, sino que también debe intentar aumentar el número de recuerdos auto-definitorios significativos. En este sentido, Bolton, Gooding, Kapur, Barrowclough y Tarrier (2007) sugieren que los intentos de suicidio estarían relacionados principalmente con el contenido de los recuerdos autobiográficos autodefinitorios (por ejemplo, percepciones de derrota o humillación).

En relación con la especificidad del recuerdo, los resultados de este estudio están en consonancia con otros estudios llevados a cabo en pacientes con esquizofrenia (Blairy et al., 2008), donde el entrenamiento en recuerdos autobiográficos aumenta la especificidad de los recuerdos de estos pacientes, mejorando la capacidad para codificar y almacenar información nueva. Además, con la mejora de la codificación se contribuye a reducir los niveles de confusión en la atribución de la fuente donde se originó el recuerdo, permitiendo a los pacientes una interpretación más adecuada de las situaciones sociales en las que se encuentran (Mehl, Rief, Mink, Lüllmann y Lincoln, 2010). De hecho, el estudio de Mehl *et al.* (2010) sugiere que la MA está más relacionada con las habilidades sociales que con los síntomas psicopatológicos en pacientes con esquizofrenia. Por tanto, los resultados de este estudio se relacionan con recientes aportaciones sobre el papel de las experiencias traumáticas y los procesos de evitación en pacientes con esquizofrenia. Las estrategias de evitación funcional podrían estar actuando como respuesta a situaciones traumáticas en pacientes con esquizofrenia (Kaney *et al.*, 1999). Esta hipótesis podría asociarse con el aumento de estudios que muestran que la presencia de experiencias negativas a una edad temprana está implicada en la etiología de la sintomatología de tipo paranoide (Cutajar *et al.*, 2010; Van Zelst, 2008). La presencia de sucesos y experiencias traumáticas negativas es común en pacientes con psicosis (Morrison, Frame y Larkin, 2003) y algunos estudios han mostrado que los pacientes con esquizofrenia sufren de manera más frecuente trastornos de estrés post-traumático que la población en general (Mueser, Rosenberg, Goodman, & Trumbetta, 2002). Además, los contenidos de las alucinaciones se relacionan con sucesos autobiográficos traumáticos (Hardy *et al.*, 2005) y existe una relación positiva entre la intensidad del trauma y el riesgo de un diagnóstico de psicosis (Cutajar *et al.*, 2010). Si añadimos a esta función etiológica de los sucesos traumáticos el efecto negativo de la sobregeneralización sobre los estados depresivos post-psicosis (Iqbal, Birchwood, Hemsley, Jackson y Morris, 2004), es lógico considerar el fenómeno de la sobregeneralización (evitando el recuerdo de sucesos específicos negativos traumáticos) como parte de una estrategia de evitación cognitiva aprendida. De hecho, los pacientes con esquizofrenia e intentos previos de suicidio presentan un patrón autobiográfico de sobregeneralización en comparación con pacientes con esquizofrenia sin intento previo de suicidio (Pettersen, Rydningen, Christensen y Walby, 2010). Además, los sucesos vitales autobiográficos predicen las recaídas en esquizofrenia (Ventura, Nuechterlein, Lukoff y Hardesty, 1989).

Habría que resaltar como una limitación de este estudio que existan diferencias en el número de sesiones entre ambas terapias, lo cual podría haber influido en que el tamaño del efecto en el incremento de recuerdos específicos sea menor en la TRV (4 sesiones) en comparación con la TAVES (10 sesiones). La mayoría de las intervenciones para pacientes con esquizofrenia recomiendan intervenciones prolongadas con formatos

de 10 o más sesiones (Haddock *et al.*, 1999), a excepción de las fases agudas de la enfermedad que suelen ser más reducidas. Así, sería esperable que un programa terapéutico con más sesiones produjera mejoras más significativas, tanto en memoria como en otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Por ejemplo, Roberts y Penn (2009) diseñaron un entrenamiento en Cognición Social e Interacción (SCIT; *Social Cognition and Interaction Training*), basado en un programa de intervención grupal de 20 semanas cuyo objetivo era aumentar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia mediante el entrenamiento en cognición social. Los resultados mostraron una mejora en ese tipo de cogniciones y en las habilidades sociales de los pacientes. Aunque consideramos que puede ser útil para la práctica clínica evaluar los efectos de dos terapias basadas en entrenamiento autobiográfico pero con características diferenciadas, la inclusión de un grupo control habría permitido obtener conclusiones más depuradas respecto a los efectos de cada una de las terapias contrastadas. Por tanto, la ausencia de un grupo control, es una limitación importante del presente estudio.

En resumen, los resultados de este estudio muestran que es factible entrenar la memoria autobiográfica en pacientes con esquizofrenia y que este entrenamiento es útil para mejorar determinados aspectos cognitivos y emocionales de estos pacientes, contribuyendo además a una mayor adaptación social. Además, para que el aumento en la codificación del recuerdo autobiográfico tenga un efecto sobre el estado emocional es necesaria la activación de recuerdos autobiográficos específicos durante un periodo prolongado de tiempo (al menos 10 semanas), acompañados de un aumento del grado de autoconsciencia emocional asociada al recuerdo. Futuras líneas de investigación deberían centrarse en evaluar los efectos sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia que los entrenamientos cognitivos en MA puedan tener. En la misma línea, también habría que evaluar si las terapias cognitivo-conductuales ya existentes para la esquizofrenia (ver Wykes, Steel, Everitt y Tarrrier, 2008, para una revisión) pueden mejorar su efectividad al incorporar técnicas de entrenamiento en MA.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck AT, Steer RA y Brown GK (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Blairy S, Neumann A, Nutthals F, Pierret L, Collet D y Philippot P (2008). Improvements in autobiographical memory in schizophrenia patients after a cognitive intervention. *Psychopathology*, *41*, 388-396. doi: 10.1159/000155217
- Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C y Tarrrier N (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behavior and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review*, *27*, 511-536. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.001
- Buchanan RW (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 1013-1022. doi: 10.1093/schbul/sbl057

- Conway MA y Pleydell-Pearce CW (2000). The construction of autobiographical memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107, 261-288. doi: 10.1037//0033-295X.107.2.261
- Cutajar, MC, Mullen, PE, Ogloff, J, Thomas, SD, Wells, D y Spataro, J (2010). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives General of Psychiatry*, 67, 1114-1119. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.147
- Elvevag B, Maylor EA y Gilbert AL (2003). Habitual prospective memory in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 3, Article 9. doi: 10.1186/1471-244X-3-9
- Feinstein A, Goldberg TE, Nowlin B y Weinberger DR (1998). Types and characteristics of remote memory impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 30, 155-163. doi: 10.1016/S0920-9964(97)00129-1
- Haddock G, Tamier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake Ry Lewis S (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual in patient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258. doi: 10.1007/s001270050141
- Haight BK y Webster JD (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research methods and applications*. Bristol: Taylor y Francis.
- Hardy A, Lowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J et al. (2005). Trauma and hallucinatory experiences in psychosis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 193, 501-507. doi: 10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21
- Iqbal Z, Birchwood M, Hemsley D, Jackson C y Morris E (2004). Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 97-104. doi: 10.1348/014466504772812995
- Johnson JP, Penn DL, Fredrickson BL, Meyer PS, Kring AM y Brantley M (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 449-509. doi: 10.1002/jclp.20591
- Kaney S, Bowen-Jones K y Bentall RP (1999). Persecutory delusions and autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 97-102. doi: 10.1348/014466599162692
- Keselman HJ, Rogan JC, Mendoza JL y Breen LJ (1980). Testing the validity conditions of repeated measures F tests. *Psychological Bulletin*, 87, 479-481. doi: 10.1037/0033-2909.87.3.479
- Mehl S, Rief W, Mink K, Lüllman E y Lincoln T (2010). Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178, 276-283. doi: 10.1016/j.psychres.2009.10.004
- Morise C, Berna F y Danion JM (2011). The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 128, 156-160. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.008
- Morrison AP, Frame L y Larkin W (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353. doi: 10.1348/014466503322528892
- Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA y Trumbetta SL (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123-143. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00173-6
- Neumann A, Blairy S, Lecompte D y Philippot P (2007). Specificity deficit in the recollection of emotional memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 16, 469-484. doi: 10.1016/j.concog.2006.06.014
- Overall LE y Gorham DR (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99.
- Pettersen K, Rydningen NN, Christensen TB y Walby FA (2010). Autobiographical memory and suicide attempts in schizophrenia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 369-375. doi: 10.1521/suli.2010.40.4.369

- Raes F, Hermans D, de Decker A, Eelen P y Williams JMG (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201-206. doi: 10.1037/1528-3542.3.2.201
- Ricarte JJ, Hernández-Viadel JV, Latorre JM y Ros L (2012). Effects of events specific memory training on autobiographical memory retrieval and depressive symptoms in schizophrenic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.06.001
- Riutort M, Cuervo C, Danion JM, Peretti CS y Salamé P (2003). Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 35-45. doi: 10.1016/S0165-1781(02)00317-7
- Roberts DL y Penn DL (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166, 141-147. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.007
- Saarinen PI, Lehtonen J y Lönnqvist J (1999). Suicide risk in schizophrenia: An analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 533-542.
- Sánchez R, Ibáñez MA y Pinzón A (2005). Factor analysis and validation of a Spanish version of the Brief Psychiatric Rating Scale. *Biomedicina*, 25, 120-128.
- Serrano JP, Latorre JM, Gatz M y Montañés J (2004). Life Review Therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277. doi: 10.1037/0882-7974.19.2.272
- Serrano JP, Latorre JM, Ros L, Navarro B, Aguilar MJ, Nieto M, Ricarte JJ, Gatz M (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224-229.
- Van Zelst C (2008). Which environments for G x E? A user perspective on the roles of trauma and structural discrimination in the onset and course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1106-1110. doi: 10.1093/schbul/sbn113
- Ventura J, Nuechterlein K H, Lukoff D, Hardesty JPA (1989). Prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 407-411. doi: 10.1037/0021-843X.98.4.407
- Wang L, Metzack PD, Honer WG y Woodward TS (2010). Impaired efficiency of functional networks underlying episodic memory-for-context in schizophrenia. *The Journal of Neuroscience*, 30, 13171-13179. doi:10.1523/jneurosci.3514-10.2010
- Wechsler D (1997). *Wechsler Memory Scale-Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Westerhof GJ, Bohlmeijer E y Webster JD (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing y Society*, 30, 697-721. doi: 10.1017/S0144686X09990328
- Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E y Dalgleish T (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122
- Williams JMG y Broadbent K (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149. doi: 10.1037/0021-843X.95.2.144
- Wykes T, Steel C, Everitt B y Tarrier N (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537. doi:10.1093/schbul/sbm114..

Recibido, 15 Junio, 2012
Aceptación final, 29 Julio, 2013