

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA ESQUIZOFRENIA

SERAFÍN LEMOS GIRÁLDEZ

Universidad de Oviedo

OSCAR VALLINA FERNÁNDEZ

Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

M^a PURIFICACIÓN FERNÁNDEZ IGLESIAS

Centro de Rehabilitación Psicosocial "Padre Menni".

Torrelavega (Cantabria)



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Intervenciones psicológicas en la esquizofrenia	
FICHA 1.....	21
Otras modalidades psicoterapéuticas en la esquizofrenia	
FICHA 2	26
Resumen de las Intervenciones en la esquizofrenia	

Documento base.

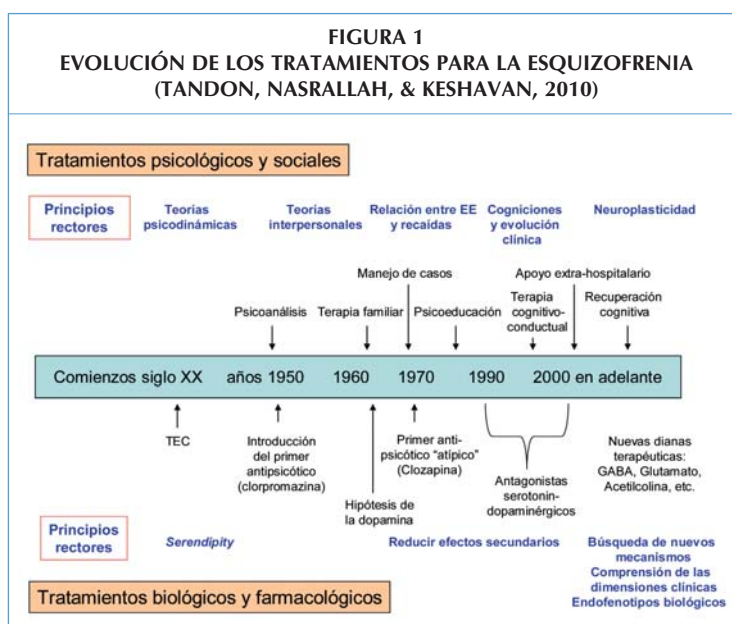
Intervenciones psicológicas en la esquizofrenia

Los tratamientos de la esquizofrenia no alcanzaron un nivel más o menos estructurado hasta bien entrado el siglo XX, prácticamente, con la introducción de la medicación antipsicótica. Sin embargo, los intentos por desarrollar procedimientos psicoterapéuticos con estos pacientes ya datan de los comienzos del pasado siglo. Así, uno de los primeros clínicos que aplicó la psicoterapia individual a los pacientes con esquizofrenia fue Carl Jung, considerando que ésta podría ayudarles a tomar conciencia de los que estaba sucediendo en sus vidas, en contraposición al punto de vista mantenido por Freud, quien sostenía que utilizar el psicoanálisis con estos pacientes era imposible por la dificultad para establecer un vínculo estable con el terapeuta. Hacia la década de 1940, no obstante, volvió a surgir el interés por utilizar la psicoterapia en la esquizofrenia de la mano de Fromm-Reichmann, Hill, Searles, Sullivan o Knight, entre otros, con el propósito de ayudar a estos pacientes a desarrollar un sentimiento más saludables de sí mismos, partiendo del supuesto de que este trastorno venía determinado por unas relaciones tempranas problemáticas con los padres o cuidadores, en donde los síntomas de la paranoia, el aplanamiento afectivo o la conducta catatónica eran interpretadas como mecanismos de defensa frente a sentimientos de miedo, ira o incompetencia, o bien como un fracaso en la internalización de valores en los primeros años de vida, que daba lugar a una débil organización del yo. Revisiones posteriores, ensayos controlados aleatorizados y meta-análisis de la terapia psicoanalítica ofrecieron pobres resultados sobre su eficacia (Fenton, 2000; Glass et al., 1989; Gunderson et al., 1984; Mueser & Berenbaum, 1990). Así pues, con anterioridad a la década de 1970, las psicoterapias individuales y grupales aplicadas a la esquizofrenia se basaron en teorías psicodinámicas o enfoques teóricos que consideraran que este trastorno era causado por la conducta o los patrones de comunicación presentes en la familia del paciente; planteamientos que, además de demostrar ser ineficaces para debilitar los síntomas psicóticos, resultaban ser estigmatizantes para los principales apoyos que los pacientes tienen, que son sus familias.

Nuevos enfoques y hallazgos sobre la importancia que juega el entorno familiar y social en la evolución de la esquizofrenia dieron lugar a otras aplicaciones terapéuticas; en particular, las investigaciones sobre la emoción expresada y determinados ambientes tóxicos en la explicación de las recaídas sintomáticas y rehospitalizaciones de pacientes clínicamente estabilizados (Leff, 1987; Leff, Kuipers, Berkowitz, & Sturgeon, 1985; Vaughn & Leff, 1976; Vaughn, Snyder, Jones, W.B., & Falloon, 1984).

Las intervenciones psicoeducativas, destinadas a proporcionar información a los pacientes y a sus familiares sobre el trastorno, y a dotarles de estrategias para hacerle frente, han demostrado también eficacia en la reducción del riesgo de recaída clínica y rehospitalización (Girón et al., 2010; Pharoah, J., Rathbone, & Wong, 2006; Pilling et al., 2002; Pitcher, 1990; Pitschel-Walz et al., 2006; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001).

Más recientes desarrollos psicoterapéuticos para la esquizofrenia vinieron de la mano de los modelos teóricos de la modificación de conducta (Beck & Rector, 2005; Sensky et al., 2000), así como de planteamientos orientados a la reconstrucción del yo (*self*) (Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010; Lysaker & Lysaker, 2010; Sass & Parnas, 2003; Stanghellini, 2004). Más recientemente, terapias basadas en la recomposición de las anomalías cognitivas observadas en estos pacientes constituyen lo más novedoso en las terapias psicológicas (Gharaeipour & Scott, 2012; Wykes & Reeder, 2005) (Figura 1).



El tratamiento farmacológico, cuya introducción sistemática tuvo lugar a mediados del siglo XX, pasó a ser la terapia de elección, y el abordaje terapéutico exclusivo en la mayoría de los centros asistenciales, a pesar de que su eficacia es muy limitada en la mejora de los síntomas negativos, de las funciones cognitivas, del funcionamiento social y de la calidad de vida de los pacientes. Además, un buen número de pacientes continúan presentando síntomas positivos persistentes y recaídas. A pesar de los importantes avances experimentados en este campo, los meta-análisis realizados indican que, después de un siglo de intervenciones médicas de diverso tipo, la evolución de la esquizofrenia no ha mejorado substancialmente; estimándose que mientras que la tasa de transición de un funcionamiento social moderado a bueno, en los comienzos del siglo XX, era de un 25%, a mediados de la década de 1990 dicha tasa era de un 35%. Además, y a pesar del amplio desarrollo de los fármacos antipsicóticos, se comprueba que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución (en estudios de seguimiento de 5 años), y que el 75% sigue la medicación de forma errática; entre otras razones por sus efectos secundarios (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Water-naux, & Oepen, 1994; Wykes & van der Gaag, 2001) y, tras la introducción de los antipsicóticos atípicos, se comprueba que más del 50% engordan (4-7 kg. promedio); y el 10% desarrollan un síndrome metabólico (importante aumento de peso, de triglicéridos y de colesterol).

Además, la medicación por sí sola no mejora la conciencia (*insight*) de los problemas, ni las habilidades sociales y las capacidades para encarar el estrés, y no contribuye al manejo de las situaciones de la vida real.

A la vista de estos resultados, la recuperación clínica se considera que va más allá de la ausencia de síntomas; supone un nivel sintomatológico que no interfiera con el funcionamiento normal, y ello requiere la remisión de síntomas, ser capaz de llevar una vida independiente, así como un nivel de actividad laboral/escolar, al menos a jornada parcial. Por todo ello, se constata la conveniencia de aplicar otros tratamientos, además de la medicación y los cuidados tradicionales (Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009; Patterson & Leeuwenkamp, 2008; Vallina Fernández, Lemos Giráldez, & Fernández Iglesias, 2010).

Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica se han desarrollado en dos direcciones: intervenciones en el nivel de organización de los servicios y de la asistencia, e intervenciones en el nivel psicológico y psicosocial. Al primer grupo pertenece el tratamiento asertivo comunitario, mientras que los tratamientos psicológicos aplicados a nivel individual, que gozan de un apoyo experimental más fuerte, son la psicoeducación y la terapia familiar, así como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a los pacientes.

Las intervenciones familiares tienen como objetivo cambiar los ambientes adversos en el seno de la familia. Ocuparse de cuidar a una persona con esquizofrenia produce altos niveles de sobrecarga y, en consecuencia, la red social de los familiares se ve muy reducida. Los entrenamientos en habilidades sociales aspiran a dotar al paciente de capacidades o competencias para una vida independiente; la psicoeducación busca que el paciente sea capaz de gestionar su trastorno y mejorar el cumplimiento terapéutico; y las terapias cognitivas individuales se centran en la mejora de las capacidades para afrontar los síntomas y la mejora en el procesamiento de la información.

La administración de las terapias psicológicas a la psicosis esquizofrénica ha cobrado fuerza en las dos últimas décadas y la eficacia de dichas intervenciones ha justificado su incorporación en las principales guías de práctica clínica (American Psychiatric Association, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; Dixon et al., 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005; Servei Català de la Salut, 2003). La introducción de las terapias psicológicas, en todas estas guías, no entra en colisión y pretende substituir los tratamientos farmacológicos, sino que son entendidas como terapias adjuntivas, necesarias para obtener eficacia terapéutica.

En la utilización de las terapias psicológicas en la esquizofrenia, es necesario tomar en consideración los siguientes principios generales: a) deben formar parte de un tratamiento multi-modal; b) deben basarse en modelos teóricos contrastables; c) deben ser compatibles con modelos biológicos de vulnerabilidad; d) deben ser pragmáticas (en tiempo e intensidad); e) deben acomodarse a las necesidades de los pacientes y las familias; y f) deben secuenciarse, de acuerdo con las necesidades cambiantes, según la fase del trastorno.

De acuerdo con ya referido sobre la necesidad de utilizar intervenciones psicológicas en la esquizofrenia, resumidamente, sus dianas terapéuticas deben orientarse a lo siguiente:

- Las necesidades relativas al paciente:

- ✓ Anomalías de la percepción y en la experiencia del yo (p. ej., experiencias alucinatorias).

- ✓ Estimaciones y juicios conscientes que llevan a creencias extravagantes (el pensamiento delirante).
- ✓ Estados de estrés y ansiedad asociados.
- ✓ Déficit en habilidades sociales y cognitivas.
- ✓ Otros trastornos comórbidos (p. ej., consumo de drogas)
- Las necesidades de las familias
 - ✓ Psicoeducación.
 - ✓ Modificación de actitudes, comunicación, etc.

Y los propósitos de dichas intervenciones, dirigidas a los pacientes, se resumen en los siguientes aspectos:

- Dar explicación de los cambios experimentados.
- Integrar la experiencia psicótica.
- Disminuir la gravedad de los síntomas y la frecuente comorbilidad asociada.
- Mejorar el funcionamiento psicológico e interpersonal.
- Recomponer la identidad personal.
- Facilitar la construcción y desarrollo personal.

En las Tablas 2 y 3 se detallan las terapias psicológicas recomendadas para la esquizofrenia por las más influyentes agencia internacionales o nacionales, así como las indicaciones para abordar las necesidades que se presentan en cada fase del trastorno.

A pesar de la unánime recomendación de incluir los tratamientos psicológicos en las diferentes fases de la esquizofrenia, en los informes elaborados por el NICE se estima que, en la actualidad, sólo uno de cada diez pacientes con esquizofrenia tiene acceso a dichas terapias, a pesar de que los beneficios son evidentes, y de que la atención psicológica proporciona herramientas eficaces para que los pacientes adopten un papel activo en su proceso de recuperación y adquieran control sobre su sintomatología, además de aportar una aproximación basada en la empatía, la escucha activa y la motivación para el cambio y un enfoque integral que tiene en cuenta no sólo el compromiso con la medicación, sino también con la realización de las actividades de la vida diaria. Por este motivo, el NICE recomienda una mayor implicación de los profesionales de la psicología dentro de los equipos de atención aguda, tanto para proporcionar terapia cognitivo-conductual, como para asesorar y supervisar el trabajo realizado por el personal de enfermería, velando para que se tengan en cuenta las necesidades psicológicas de los usuarios.

En el mismo sentido, la organización colegial de psiquiatras del Reino Unido (*The Royal College of Psychiatrists*) también se ha pronunciado al respecto, a través de un informe de evaluación del estado de la cuestión (*Report of National Audit of Schizophrenia*), en donde se denuncia que la calidad de la atención que se presta a las personas con esquizofrenia es “muy variable” y realizan un llamamiento a los responsables y proveedores de los servicios de salud mental, para que “garanticen que haya un acceso adecuado a tratamientos psicológicos para las personas con esquizofrenia, particularmente terapia cognitivo-conductual, terapia familiar y otros tratamientos psicológicos basados en la evidencia”.

Más recientemente, la Comisión sobre Esquizofrenia del Reino Unido ha publicado un informe (The Schizophrenia Commission, 2012) en el que se califica la situación actual de vergonzosa en torno a este trastorno, destacando que estos pacientes todavía tienen una esperanza de vida entre 15 y 20 años menor que la población general, que a pesar de los importantes costos personales y sociales que genera la esquizofrenia cada año, es mínima la inversión que se hace en la prevención y en la asistencia; que va en aumento el número de pacientes que son tratados y hospitalizados de forma coercitiva, con importantes e injustificados costos; que sólo 1 de cada 10 pacientes con esquizofrenia reciben terapia cognitivo-conductual que, como se ha dicho, es recomendada por el NICE y otras agencias independientes; que los familiares que se hacen cargo de los pacientes apenas reciben apoyo o el tratamiento necesario, a pesar del ahorro a la sanidad pública que se deriva de sus cuidados; y que todavía el 87% de los pacientes y sus familiares se resisten hablar del problema por temor al estigma y a ser discriminados.

Se señalan, además, numerosas deficiencias en la asistencia actual a los pacientes con esquizofrenia.

TABLA 2
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES BASADAS EN DATOS, Y ENTIDADES QUE RECOMIENDAN SU UTILIZACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Intervenciones familiares y psicoeducación ^{1,2,4,5,6}
Entrenamiento en habilidades sociales ^{1,2,4,5,6}
Terapia cognitivo-conductual ^{1,2,3,4,5,6}
Tratamiento asertivo comunitario ^{1,2,4,5,6}
Economía de fichas ^{1,4}
Empleo protegido (apoyo a la inserción laboral) ^{1,4,6}

¹ American Psychological Association
² American Psychiatric Association
³ National Institute for Clinical Excellence (NICE)
⁴ Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)
⁵ Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines
⁶ Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Más información en: <http://www.psychguides.com/home>

Las más notorias son una escasa colaboración del profesional en la toma de decisiones compartidas con los pacientes a la hora de programar el tratamiento; la falta de información a los usuarios acerca de los fármacos que se les prescriben; el manejo inadecuado de la explicación del diagnóstico por parte de los especialistas en salud mental; la precaria formación de los médicos de Atención Primaria sobre cuestiones relacionadas con la salud mental; la reducida atención a los problemas de salud física que presentan las personas con trastorno mental grave; la falta de programas de apoyo individualizados para la recuperación y mantenimiento del empleo y la vivienda; y la escasez de implementación de programas eficaces de prevención de trastorno mental grave en jóvenes. En este sentido, se señala la importancia de alertar sobre los riesgos del consumo de cannabis y, en general, la cautela en el uso del diagnóstico de esquizofrenia (por el pesimismo y estigma que puede originar), siendo, en todo caso, preferible utilizar el término de psicosis, especialmente en las fases tempranas del trastorno. En vista de todo ello, dicha comisión plantea un cambio radical en la asistencia, favoreciendo el tratamiento ambulatorio, frente a la hospitalización.

INTERVENCIONES FAMILIARES

Las intervenciones familiares en la esquizofrenia comparten diversos principios comunes, entre los que destacan los siguientes: 1) Consideran que el curso clínico de este trastorno viene determinado por diversos factores psicosociales (asumiendo el modelo de vulnerabilidad) (Zubin, Feldman, & Salzinger, 1991). 2). Consideran que la familia es un importante aliado terapéutico para la rehabilitación del paciente, siendo crucial la formación de una alianza con los miembros directos de su familia. 3) Aunque la familia no haya jugado papel alguno en la etiología del trastorno, se considera que la modificación del clima emocional en el hogar puede contribuir favorablemente a su evolución. 4) Se consideran, finalmente, las intervenciones familiares como complementarias y no como alternativas a otras terapias, como es la medicación, y se administran en el contexto de un amplio paquete de intervenciones psicosociales.

TABLA 3
INTERVENCIONES INDICADAS SEGÚN LAS FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

	American Psychiatric Association (2004)	Canadian Psychiatric Association (2005)	National Institute for Clinical Excellence (2008)	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005)	Servei Català de la Salut (2003)
Fase aguda	Establecer alianza con pacientes y familia Prevención del daño Reducción de la sobre-estimulación Estructuración del ambiente Comunicación simple Apoyo tolerante Información Talleres de supervivencia familiar	Evaluación inicial y relación terapéutica Manejo de casos Información al paciente y familia Abordaje de crisis e impacto familiar Alianza con la familia Planear descarga	Arte-Terapia grupal o individual Iniciar terapia cognitiva individual de síntomas positivos Iniciar intervención familiar Tratamiento asertivo comunitario para recaídas frecuentes, escaso enganche y personas sin hogar	Psicoeducación para pacientes y sus familias Intervención familiar Terapia cognitiva para síntomas positivos, insight, implicación en el tratamiento Monitorizar y tratar riesgo de suicidio	Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad Reducción de niveles de estrés y sobre-estimulación Entorno estructurado y de baja exigencia funcional
Fase de estabilización	Reducción del estrés Adaptación a la comunidad Terapia de apoyo Psicoeducación del paciente y de la familia Prevención de recaídas Fomento esperanza y progreso Inicio de rehabilitación no exigente, de bajo tono	Intervención familiar Actividades estructuradas Terapia cognitiva de síntomas positivos Tratamiento psicológico de comorbilidades; drogas, depresión Reintegración laboral, educativa.	Intervención familiar Terapia cognitiva para síntomas positivos, insight, implicación en el tratamiento y comorbilidades Arte-Terapia Tratamiento asertivo comunitario para recaídas frecuentes, escaso enganche y personas sin hogar	Intervención familiar Terapia cognitiva para síntomas positivos, implicación en el tratamiento y comorbilidades Manejo de caso para recuperación laboral, estilo de vida, discapacidad social y estresores ambientales Tratamiento asertivo comunitario	Abordaje familiar: información y estrategias de afrontamiento Autocontrol de medicación, de síntomas y habilidades sociales básicas Psicoterapia grupal: habilidades sociales Terapia cognitivo conductual
Fase estable	Entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria Empleo con apoyo Terapia cognitiva Manejo de estrés Intervención familiar Tratamiento asertivo comunitario	Intervención familiar Prevención de recaídas Entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria Compensar disfunciones cognitivas Manejo de estrés y prevención de recaídas Rehabilitación laboral	Terapia cognitiva para síntomas positivos, insight, implicación en el tratamiento y comorbilidades Intervenciones familiares Arte-terapia Empleo con apoyo Tratamiento asertivo comunitario para recaídas frecuentes, escaso enganche y personas sin hogar	Intervención familiar multifamiliar Terapia cognitiva para síntomas positivos, insight, trauma, implicación en el tratamiento y comorbilidades Manejo de caso para recuperación laboral, estilo de vida, discapacidad social y estresores ambientales Prevención de recaídas Tratamiento asertivo comunitario	Psicoterapia individual de apoyo centrada en la realidad Psicoterapia grupal Habilidades sociales Rehabilitación cognitiva en entorno social Intervención familiar Apoyo laboral

Así pues, las intervenciones familiares pretenden cambiar los ambientes adversos en el hogar, mejorar la comunicación y reforzar las capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; y la psicoeducación pretende dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares y de los propios pacientes, favoreciendo así un rol activo del paciente en la gestión de su propio trastorno y mejorar el cumplimiento terapéutico.

Los principios básicos, comunes a dichos modelos de intervención, en los que se inspiran los tratamientos familiares en las psicosis han sido los siguientes (Lam, 1991):

- *Una cooperación positiva y relación de trabajo genuina entre los familiares y los profesionales de la salud mental*, con una actitud no culpabilizadora, con deseo de ayudar a los familiares, aunque su manera de manejar los problemas no sea acertada; con respeto hacia sus propias necesidades y reconocimiento de la sobrecarga que supone convivir y cuidar al paciente psicótico.
- *Proporcionar estructura y estabilidad*, mediante contactos regulares y estables, que aporten a la familia un plan asistencial, que les ayude a disminuir la sensación de descontrol e miedo ante el carácter impredecible de la psicosis.
- *Centrarse en el “aquí y ahora”*, trabajando con los problemas y con el estrés que encaran las familias día a día, evaluando sus puntos fuertes y débiles, analizando las relaciones en el seno de cada familia y la forma en que cada uno percibe los problemas y ensaya una solución.
- *Utilización de conceptos familiares*, estableciendo límites interpersonales e inter-generacionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y estableciendo una visión de la familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.
- *Reestructuración cognitiva*, proporcionando a la familia una explicación del trastorno, poniendo especial atención en exculpar al paciente de sus síntomas, evitando juicios morales.
- *Metodología conductual*, centrando el trabajo en la solución de problemas concretos, evaluando los recursos y las necesidades de la familia, estableciendo metas realistas, fijando prioridades, descomponiendo las metas en pequeños pasos sucesivos, estableciendo tareas a realizar en casa y revisándolas en encuentros posteriores, y manteniendo expectativas realistas.
- *Mejorar la comunicación*, entrenando a las familias en mejorarla en el hogar, haciendo que las expresiones sean claras y sencillas y evitando intercambios emotivos entre los familiares.

Las guías de consenso y los expertos coinciden en afirmar que las intervenciones familiares deben combinar los siguientes ingredientes comunes: *compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa; educación sobre la esquizofrenia*, en torno al modelo de vulnerabilidad al estrés, teorías etiológicas, variaciones en el pronóstico, motivos de los distintos tratamientos, y recomendaciones para enfrentarse con el trastorno; *entrenamiento en comunicación*, dirigido a mejorar la claridad de la comunicación en general y los modos de dar *feedback* positivo y negativo dentro de la familia; *entrenamiento en solución de problemas*, dirigido a mejorar el manejo de las discusiones y problemas del día a día, el manejo de los sucesos estresantes concretos de la vida, y la generalización de habilidades de solución de problemas; e *intervención en crisis*, entrenamiento en detección de señales tempranas de recaída e intervención en los momentos de máximo estrés, implicando a los miembros de la familia cuando son evidentes los signos de incipiente agudización.

Los componentes generalmente incluidos en las intervenciones familiares estructuradas son los siguientes:

- Educación sobre la psicosis
 - ✓ Naturaleza de los síntomas psicóticos.
 - ✓ Síntomas comórbidos y dificultades asociadas.
 - ✓ Comprensión de la experiencia subjetiva al experimentar los síntomas.
 - ✓ Etiología y patofisiología de los trastornos psicóticos.
 - ✓ Modelo de vulnerabilidad.
 - ✓ Terapias farmacológicas y psicosociales.
 - ✓ Rehabilitación y reintegración social.
 - ✓ Signos tempranos de recaída.
- Desarrollo de habilidades
 - ✓ Solución de problemas.
 - ✓ Manejo del estrés.

- ✓ Cómo hacer frente a los síntomas positivos específicos y a los negativos.
- ✓ Manejo del abuso de drogas.
- ✓ Aspectos verbales y no verbales de la comunicación efectiva.
- ✓ Mantenimiento de las rutinas en el hogar.
- ✓ Manejo del estigma.
- ✓ Re-establecimiento de las relaciones sociales.
- ✓ Apoyo a las oportunidades laborales y educativas.
- ✓ Ayuda a la reintegración.
- ✓ Acceso a los recursos comunitarios.
- ✓ Prevención y manejo de las recaídas.
- ✓ Prevenir que los miembros de la familia se vean atrapados por el trastorno.

Las intervenciones psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, las más investigadas, y las que más resultados prometedores han producido (Fadden, 1997; Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2000).

Han sido analizados los resultados de estudios controlados aleatorizados de las intervenciones familiares que comparaban su administración con pacientes ingresados y ambulatorios; intervenciones conductuales largas frente a otras modalidades o la atención familiar estándar; e intervenciones familiares en culturas no occidentales o con grupos minoritarios de la población. La eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia fue objeto de diversos estudios, comparativamente con el tratamiento farmacológico (Dixon & Lehman, 1995; Pitschel-Walz, et al., 2001; Smith & Birchwood, 1990; TARRIER, 1996; TARRIER et al., 1988) y con enfoques psicodinámicos y de *counselling*. Los resultados, en estas dos modalidades psicoterapéuticas, no han demostrado producir mejora significativa, en comparación con la atención estándar (Birchwood & Spencer, 2002; McFarlane, 1994; Vaughn et al., 1992).

No ofrece duda que las intervenciones familiares en la esquizofrenia son eficaces en la prevención de recaídas, durante periodos de seguimiento de hasta 2 años, siempre y cuando la duración del programa terapéutico alcance al menos 9 meses de duración. Además de la reducción de las tasas de recaída y de re-hospitalización, que han sido criterios de validación de los programas terapéuticos, los diversos estudios analizados también han demostrado producir otras ventajas, entre las que se destacan: la reducción de la carga familiar, cambios de conductas de alta a baja emoción expresada, mejoría en los conocimientos sobre la esquizofrenia, mejor cumplimiento terapéutico, mejor adaptación social del paciente, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos sociales, siendo económicamente rentables para los servicios sanitarios (Dixon, et al., 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010).

En resumen, desde sus orígenes, las intervenciones familiares han demostrado su utilidad en el abordaje de la esquizofrenia y, combinadas con el tratamiento farmacológico del paciente, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada de los familiares, en reducir la sintomatología clínica, las recaídas y re-hospitalizaciones de los pacientes, y en su rentabilidad económica para los servicios sanitarios (Lehman et al., 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Pharoah, et al., 2006). En estas décadas de desarrollo se han llevado a cabo tanto estudios de eficacia de la intervención como de efectividad de la misma en escenarios clínicos habituales y en distintas realidades culturales. De particular interés es el avance que han tenido en esta última década los estudios de efectividad realizados en escenarios clínicos reales (Magliano & Fiorillo, 2007).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales con pacientes de esquizofrenia se han ido desarrollando y perfeccionando con el tiempo (Roder, Brenner, Müller, Lächler, Müller-Szer, et al., 2002; Roder, Brenner, Müller, Lächler, Zorn, et al., 2002). Hace unos 40 años, el entrenamiento se llevaba a cabo de forma indirecta, a través de condicionamiento operante (los programas de economía de fichas). Dichas intervenciones generalmente conducían a resultados empíricos fiables y lograban activar a pacientes con síntomas negativos y restablecer la conducta social. En la actualidad esta forma de intervención se limita a pacientes caracterizados por un nivel de funcionamiento social muy pobre, graves síntomas negativos y resistencia a otro tipo de intervenciones terapéuticas.

A principios de la década de 1970, comenzó una segunda etapa en el entrenamiento en habilidades sociales con la introducción del *role-playing*, como técnica para mejorar tanto las habilidades “moleculares” (el contacto ocular, la fluidez verbal, la gesticulación, etc.) como las “molares” (la asertividad y la expresión de emociones de diverso tipo). La eficacia de esta técnica fue moderada, en lo que respecta a la generalización y a la adaptación social, y leve en los

cambios en la psicopatología; siendo contradictorios los resultados sobre la adaptación al trabajo y la calidad de vida.

La tercera y más reciente etapa de procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales se caracteriza por una extensión y perfeccionamiento de estas técnicas, centrándolas en aspectos de la rehabilitación que son relevantes para la vida independiente en la comunidad, e incorporando en las mismas un enfoque específico de solución de problemas. Liberman y colaboradores, en California, fueron los primeros en desarrollar un conjunto de módulos estandarizados para el tratamiento de déficit en habilidades sociales, que incluyen ámbitos deficitarios como el auto-manejo, el regreso a la comunidad, la vivienda, el trabajo y el ocio (los módulos SILS, *Social and Independent Living Skills*) (Psychiatric Rehabilitation Consultants, 1994). La aplicación de estos módulos parece ser mucho más efectiva, en lo que respecta a la generalización de los resultados y de la adaptación social. Estos programas requieren una mayor sensibilidad hacia las necesidades, preferencias y habilidades de los pacientes (entrenamiento en habilidades cognitivas y emocionales), ayudándoles a tomar decisiones en cada una de las tres áreas de vivienda, trabajo y ocio, proporcionándoles apoyo para poner en práctica la decisión tomada (habilidades de implementación práctica), y enseñándoles cómo anticipar dificultades y resolver los problemas concretos que pueden tener lugar en la nueva situación de residencia, trabajo u ocio. Los formatos de intervención incluyen terapia grupal, terapia individual, ejercicios *in vivo* y tareas para casa. De manera específica, utilizan una combinación de técnicas que incluyen identificación de problemas en colaboración con el paciente, establecimiento de metas y especificación de las conductas sociales necesarias para lograrlas, ensayos conductuales o *role-play* de las habilidades, *feedback* positivo y corrector, modelado social, práctica conductual, refuerzo social positivo, tareas para casa, y refuerzo positivo y solución de problemas (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006). Más información puede obtenerse en <http://psychrehab.com/>

Los efectos prácticos, descritos por Liberman (1994), con la aplicación de esta modalidad son los siguientes: a) los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales y de comunicación social en situaciones específicas de entrenamiento; b) se puede esperar moderada generalización de las habilidades adquiridas a situaciones exteriores similares a las del entrenamiento, pero ésta es menor en situaciones sociales más complejas; c) la generalización se potencia cuando se anima a los pacientes a utilizar las habilidades que han aprendido en las sesiones de entrenamiento en ambientes naturales y cuando son reforzados por sus compañeros, familiares y cuidadores; d) existe mayor dificultad en el aprendizaje de estas habilidades en pacientes con sintomatología florida y alta tendencia a la distracción; e) los pacientes informan consistentemente de disminución en ansiedad social después del entrenamiento; f) la duración de las habilidades adquiridas depende de la duración del entrenamiento, y la retención del aprendizaje es poco probable si el entrenamiento es inferior a 2-3 meses con dos sesiones por semana; y g) el entrenamiento en habilidades sociales, cuando se realiza entre 3 meses y un año y se integra con otros tratamientos (p. ej., la medicación), reduce las recaídas y mejora el funcionamiento social.

Otros resultados observados en los programas de entrenamiento en habilidades sociales con pacientes diagnosticados de esquizofrenia han sido los siguientes:

1. *Duración de las intervenciones.* Existe gran variabilidad en la duración de las distintas intervenciones que se han venido evaluando. Se han diseñado intervenciones para preparar la salida de un dispositivo asistencial, para fases agudas de enfermedad y la vuelta a la comunidad, con duración de 1 a 3 semanas, de duración intermedia, en torno a los tres meses, e intervenciones que se mantienen durante dos años. En general, y aunque depende de las necesidades de cada caso, parece recomendable una duración prolongada para rentabilizar al máximo sus beneficios.
2. *Modalidad de las intervenciones.* El formato estándar de intervención se aplica en grupos pequeños de 4 a 12 pacientes, en sesiones de 45 a 90 minutos, y entre una a cinco veces por semana, adaptándose a las capacidades cognitivas y a las metas personales de cada caso e incluye la presencia de un terapeuta y co-terapeuta.
3. *Fases del trastorno.* Se ha aplicado este entrenamiento en las fases aguda, subaguda, y en formas persistentes de esquizofrenia. La mayoría de pacientes parecen ser capaces de aprender nuevas habilidades si el contenido, la forma y la duración del entrenamiento se ajusta a su nivel de tolerancia al estrés y a sus limitaciones de procesamiento de información; al perfil de síntomas del paciente; a sus déficits de habilidades, deterioros de aprendizaje, y a su motivación.
4. *Eficacia de las intervenciones.* Se presentan resultados contradictorios en estos momentos. Así, mientras que Pfammatter, Junghan y Brenner (2006), en un meta-análisis de 86 estudios controlados, encuentran un efecto amplio, homogéneo y duradero en la adquisición de habilidades sociales, medido con tests de *role-play*, y moderada, significativa y estable mejoría en el funcionamiento social, así como ligera reducción de la psicopatología y considerable descenso en las tasas de hospitalización en los seguimientos, la *American Psychiatric Association* (2004) afirma que las habilidades sociales pueden tener un efecto positivo sobre el funcionamiento social, aunque no pa-

recen efectivas para reducir los síntomas negativos o prevenir las recaídas y las incluye como una práctica indicada para tratar el deterioro funcional y desarrollar actividades de la vida diaria. Esta indicación es también compartida por las guías clínicas del *Servei Català de la Salut* (2003) y por la *Canadian Psychiatric Association* (2005). También Tungpunkon y Nicol (2008) concluyen que el entrenamiento en habilidades para la vida diaria son valiosas para las personas con enfermedades mentales graves son sumamente limitadas y que no parecen proporcionarles beneficios; y el *National Institute for Clinical Excellence* (2008) concluye que no existe evidencia de mejoría clínica, no encontrando resultados positivos significativos, por lo que no recomienda su utilización como tratamientos específico de rutina en las personas con esquizofrenia (ver más datos en el Anexo)..

5. *Implementación del entrenamiento en habilidades sociales.* Esta modalidad terapéutica ha estado, como se ha señalado, en constante evolución, con el fin de mejorar la generalización de sus efectos. Así, se han desarrollado nuevos módulos como el entrenamiento de habilidades amplificadas *in vivo*, que supone la utilización de gestores especializados de caso, que crean oportunidades especiales en la comunidad para mejorar la generalización del entrenamiento en los entornos naturales del paciente; módulos para pacientes con patología dual asociada al consumo de drogas y módulos para mejorar los beneficios del empleo con apoyo. Se ha introducido en el tratamiento de nuevos escenarios asistenciales como estancias breves en unidades de hospitalización aguda; se ha diversificado en cuanto a su población destinataria, aplicándose a adultos mayores, y se ha abierto a nuevas dianas y combinaciones terapéuticas complementando el tratamiento de los déficits cognitivos y de los síntomas negativos, formando parte de programas de tratamiento multidimensional (Kopelowicz, et al., 2006).

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La TCC formula como objetivo clínico actuar directamente sobre los procesos psicológicos, siendo eficaz cuando logra que la persona re-evalúe como causadas internamente experiencias de atribución externa; cuando cambia esquemas cognitivos negativos de sí misma; y cuando logra compensar los procesos sesgados de razonamiento.

La TCC comenzó a desarrollarse en los años 80 bajo la influencia de Carlo Perris en Suecia (Perris, 1989; Perris & Skagerlind, 1994) y con los trabajos de Tarrier y colaboradores en el Reino Unido, con el propósito de ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus síntomas (Tarrier et al., 1993). Al mismo tiempo, Chadwick y Lowe (1990) demostraron que era posible someter a “pruebas de realidad” las creencias delirantes.

La TCC asume que el pensamiento y las emociones guardan una estrecha relación o que ejercen influencia mutua, y que la manera en que la persona evalúa o da sentido a las experiencias perceptivas normales o anómalas, como las voces (p.ej., su amenaza potencial), viene a ser el principal factor causal del malestar. Se parte del supuesto de que las emociones están claramente implicadas en la ontogénesis de la psicosis y, en particular, la depresión, la ansiedad y la ansiedad social figuran entre los predictores más potentes de recaída (Owens, Miller, Lawrie, & Johnstone, 2005). La TCC busca comprender el interfaz (cognitivo) entre la emoción y los síntomas psicóticos, y resolver la disfunción emocional/conductual o bien para prevenir o mitigar los síntomas positivos. En este sentido, la TCC acompaña a la medicación con un objetivo diferencial y complementario.

El modelo básico de la TCC detalla la relación entre los *sucesos* ambientales (p.ej., recuerdos de los sucesos, percepciones delirantes, alucinaciones, etc.), las *cogniciones* (el significado de dichos eventos o percepciones), las respuestas *emocionales*, y las *conductas*, como guía para el tratamiento; siendo el núcleo de la TCC la *normalización*, la *comprensión* y la *verificación* de las creencias o percepciones.; procurando ir al *contenido* y al *significado* de los síntomas, más en profundidad.

En la TCC, es esencial establecer un clima de apoyo y una relación de confianza con el paciente, de modo que se sienta seguro para examinar directamente la veracidad de sus creencias. Por ello, la fase inicial de la terapia pretende lograr que el paciente acepte alguna forma de tratamiento, y va seguida del intento por identificar los pensamientos y creencias, tanto delirantes como disfuncionales o evaluadoras; revisar las evidencias que fundamentan esas creencias; fomentar la auto-monitorización de las cogniciones; relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta; identificar los sesgos de pensamiento y cambiar las atribuciones que hace de sus experiencias alucinatorias e introduciendo un germen de duda en sus ideas delirantes, mediante debates verbales socráticos y pruebas de realidad como principales técnicas terapéuticas.

La intensidad de la terapia es muy variada, aunque para la mayoría de los pacientes debe conseguirse y compartirse una clara formulación de los problemas más acuciantes, poniendo énfasis en la modificación de los esquemas cognitivos más centrales y arraigados o en las creencias sobre los síntomas. En todos los casos, siempre debe desarrollarse un plan para permanecer clínicamente estables.

En la actualidad, existe variedad de terapias cognitivo-conductuales aplicadas a las psicosis que disponen de manuales publicados para el tratamiento (Bentall, 2005; Birchwood & Tarrrier, 1992; Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996, 1997; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995; Freeman, Bentall, & Garety, 2008; French & Morrison, 2004; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001; Haddock & Slade, 1996; Kingdon & Turkington, 1994; Morrison, 2001; Nelson, 2005; Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández, & Lemos Giráldez, 2003; Perris & McGorry, 2004; Wright, Turkington, Kingdon, & Ramirez Basco, 2009). La terapia cognitiva para la esquizofrenia de Kingdon y Turkington (2005); la terapia cognitiva para la psicosis de Morrison y colaboradores (Morrison, French, et al., 2004; Morrison, Renton, et al., 2004); la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Beck, Rector, Stolar y Grant (2009); y nuevos desarrollos como la terapia cognitiva de la psicosis basada en la persona de Chadwick y Trower (2008). En general, las terapias cognitivo-conductuales para las psicosis comparten elementos centrales, estructura y objetivos principales. Así, los procedimientos de intervención incluyen los siguientes pasos:

1. *Establecer el compromiso del paciente con la terapia, cuidar la relación terapéutica y llevar a cabo la evaluación inicial.* Con estos pacientes, es más lento el desarrollo de una relación de colaboración, comparativamente con otros trastornos mentales, y es más difícil que en otros trastornos conseguir que el paciente con esquizofrenia se avenga a la terapia y a centrar su atención en síntomas que le generan gran malestar; por ello, conviene proceder paso a paso, comenzando con preguntas emocionalmente neutras (p.ej., características demográficas), no amenazantes, evitando tocar temas que incrementen su ansiedad, clarificando ideas y no confrontando opiniones o argumentos, y mostrando genuino interés por sus problemas y necesidades. Es necesario explorar también posibles obstáculos a la colaboración y evaluar después detalladamente las cuestiones que preocupan al paciente; en particular, las dimensiones de los delirios, alucinaciones, síntomas negativos (grado de convicción, frecuencia; preocupación y grado de malestar que generan; efecto sobre la conducta; creencias sobre la atribución interna o externa de las causas; identidad de las voces); así como las estrategias activas de afrontamiento, si las hay, para los síntomas positivos y negativos (identificando las fortalezas y recursos del paciente); y la relación entre las cogniciones, las emociones y las conductas. La elaboración de una pequeña lista de problemas principales, descritos con las propias palabras del paciente, constituye un buen comienzo.
2. *Normalizar, educar y des-estigmatizar.* El objetivo es abordar los errores o distorsiones cognitivas, que agravan los sentimientos de vergüenza y culpabilidad. explorar los pensamientos automáticos sobre el diagnóstico recibido, evitar actitudes catastróficas e inducir optimismo para llevar una vida relativamente normal, hacer atribuciones saludables respecto al trastorno; reducir al mínimo la auto-crítica; adoptar una actitud de solución de problemas; aceptar el modelo de vulnerabilidad-estrés; y conseguir que el paciente vea al terapeuta como un aliado en contra de los síntomas. La normalización y el suministro de información adecuada deben figurar en los primeros pasos de la terapia.
3. *Formular el caso y establecer el plan terapéutico.* La formulación del caso es una hipótesis sobre la naturaleza de las dificultades psicológicas que subyacen a la lista de problemas formulados por el paciente. El objetivo es comprender qué factores han causado dichos problemas y los mantienen. Para ello, es útil construir una línea temporal mediante el diálogo socrático (p.ej., ¿puedes recordar la última vez que te sentiste verdaderamente bien?; bien, partamos de ahí; ¿qué sucedía en tu vida en ese momento?, ¿qué edad tenías, en dónde vivías, etc.?, ¿existía algún problema en particular?, ¿cómo comenzaron por primera vez las voces / ideas delirantes / depresión / oscilaciones del humor, etc.?, ¿qué estaba sucediendo en ese momento?, ¿qué estaba pasando por tu cabeza?).
Tras la exploración de las cogniciones y conductas actuales, la identificación de esquemas (pensamientos nucleares), debe formularse una hipótesis de trabajo y un plan terapéutico con la cooperación del paciente (es decir, los objetivos a conseguir con la terapia; p.ej., reducir el estigma; examinar la evidencia, para desarrollar explicaciones más funcionales (de las alucinaciones o ideas delirantes); corregir distorsiones cognitivas y desarrollar respuestas racionales para los pensamientos automáticos negativos; trabajar sobre los esquemas; desarrollar estrategias de afrontamiento; reducir el riesgo de suicidio; desarrollar un plan de prevención de recaídas; reconocer los signos tempranos de recaída; mejorar la adherencia al tratamiento; controlar la ansiedad, temores, etc.).
4. *Modificar los pensamientos automáticos.* Mediante un registro de los pensamientos, se deben examinar los datos en que se apoyan, y hacer re-atribuciones. Otro método consiste en centrarse en las distorsiones cognitivas más comunes: ignorar datos, personalización, magnificación y minimización, sobre-generalización, pensamiento en términos

de todo o nada. En resumen, formular una explicación sobre el desarrollo y mantenimiento de los síntomas, en cada caso (intentando descubrir cómo los pensamientos pueden estar ligados a sucesos desencadenantes), y diseñar un plan terapéutico. Los pensamientos o esquemas cognitivos con frecuencia forman parte de la vulnerabilidad a las psicosis y generalmente predisponen a estados de malestar.

5. *Implementar estrategias conductuales.* Con este fin, se utilizan técnicas de exposición gradual, aprendizaje de la respiración-relajación, elaboración de una lista de síntomas tempranos de exacerbación-recaída, hábitos de sueño, control de la impulsividad, lista de actividades (en especial, en casos de depresión grave).
6. *Modificar esquemas cognitivos.* Antes de que el terapeuta intente introducir la duda sobre ideas delirantes, debe tomarse la precaución de que posibles explicaciones alternativas puedan ser rechazadas. Por eso, la confrontación directa con los delirios es contraproducente. El enfoque de la TCC consiste en dirigir suavemente a la persona a que cuestione su creencia, invitándole a comprobarla en la práctica.
7. *Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento.* Fijación de objetivos o agenda; identificación de factores que aumentan la ansiedad o desorganizan el pensamiento.
8. *Mejorar la adherencia al tratamiento.* Evaluar las barreras para el cumplimiento (olvido, actitudes negativas o falta de apoyo de la familia, efectos secundarios, limitaciones económicas, etc.).
9. *Tratar el abuso comórbido de drogas.* Es bastante frecuente que los pacientes con esquizofrenia hayan ensayado utilizar drogas para aliviar sus síntomas o estados afectivos displacenteros. Igualmente, es frecuente encontrar en estos pacientes estados depresivos y de ansiedad, que pueden estar en el origen del consumo de drogas.
10. *Construir habilidades para prevenir recaídas.* Identificar los desencadenantes de una posible recaída clínica o empeoramiento de los síntomas, construyendo un listado de signos personales de advertencia temprana (conocidos como *relapse signature*) (Birchwood et al., 1989); y desarrollar métodos para el manejo de los estresores.

La TCC aplicada a la psicosis esquizofrénica comparte, por lo tanto, muchas características en su estructura, con similares abordajes en los trastornos de ansiedad y depresión; sin embargo, hay algunos aspectos diferenciales que se describen en la Tabla 4.

1. Trabajo con ideas delirantes

En la fase de evaluación de las ideas delirantes, es importante examinar cuidadosamente los detalles históricos que condujeron al primer episodio psicótico e intentar descubrir cómo dichos pensamientos delirantes pueden estar ligados a sucesos desencadenantes en la historia personal, a la que el paciente atribuye especial importancia, de acuerdo con el modelo: A (suceso) – B (creencia) – C (consecuencia).

Con la TCC se pretende demostrar que las creencias no siempre se mantienen con tenacidad y que, cuando la persona se presta a un análisis en colaboración con el terapeuta, las cogniciones podrían ser susceptibles de comprobación empírica, del mismo modo que se hace en el tratamiento de la depresión o los trastornos de ansiedad.

La evaluación de las dimensiones de las ideas delirantes ofrece importante material para el desarrollo de la terapia, para lo cual es recomendable utilizar alguna escala (Drake, Haddock, Tarrier, Bentall, & Lewis, 2007; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999); por ej., fuerza (¿con qué fortaleza se mantiene la creencia?), contexto (¿en qué medida no se relaciona con la situación de la persona y con sus circunstancias vitales?), preocupación (¿cuánto tiempo invierte la persona pensando en la experiencia?), verosimilitud (¿hasta qué punto es comprensible la creencia?), personalización (¿en qué medida relaciona la experiencia con sí mismo?), persistencia (¿durante cuánto tiempo ha estado presente la creencia?, ¿ha cambiado con el tiempo?), y grado de preocupación que genera e interferencia en el funcionamiento cotidiano.

El desarrollo de la terapia incluye dos componentes: a) *debate verbal*, mediante el que se formula la discusión no tanto sobre la creencia misma, sino sobre los datos en que ésta se basa; y b) *comprobación empírica*, sometiendo a prueba la creencia o animando al paciente a que él mismo intente argumentar en contra sus propias convicciones.

En la fase del debate verbal, se debe comenzar con preguntas periféricas sobre las creencias delirantes, mediante un tono de curiosidad sobre las creencias/opiniones delirantes, la invitación a investigar el fenómeno, y la verbalización de los datos en que se apoyan las creencias (p.ej., en el caso de un paciente que estuviese convencido de que las voces que escucha se deben a que le han colocado inadvertidamente en los oídos unos transmisores de radio, podría preguntarse: ¿cómo es el aparato?. ¿es muy grande?, ¿funciona con batería o pilas?, ¿se podría detectar con rayos X?, ¿cómo habrán podido introducirlo?, etc.

Debe tenerse en cuenta, durante el debate que estos pacientes son propensos al fenómeno de la reactancia psicológica, que indica que cuando se les confronta directamente con una creencia, dicha opinión se mantiene con más firmeza o incluso se puede volver más extrema y, por lo tanto, el enfoque a adoptar consiste en evitar explícitamente cualquier intento de proceder coercitivamente con el paciente. Por lo tanto, en la modificación de las ideas delirantes no se debe exigir explícitamente al paciente que abandone las propias creencias y que adopte las del terapeuta, sino que debe quedarle claro que sólo se le pide que considere los hechos y los argumentos aportados, y que contemple otras opiniones o explicaciones alternativas; es decir, que adopte una perspectiva diferente, poniéndose en la posición de otra persona, generalmente en alguien en quien confíe (p.ej., en función del contenido del delirio, podría preguntarse: ¿por qué crees que tu madre / hermano / marido, etc., no está convencido de esto?; si alguien te dice que cree que otras personas pueden leerle el pensamiento, ¿qué pensarías de esto y qué le responderías?; si te pusieras en el papel de un científico que trata de encontrar la verdad sobre una situación, ¿qué preguntas te harías?, ¿qué información necesitarías para descubrirla?).

Así pues, el debate verbal requiere: a) identificar de pensamientos y sentimientos (grado de convicción); b) dilucidar las evidencias o “hechos” en que se basan (comenzando por las creencias de menor importancia personal); c) analizar y valorar la coherencia y la lógica interna de las creencias; d) elaborar, a partir de las explicaciones alternativas, un

**TABLA 4
COMPARACIÓN DE LA TCC APLICADA A LAS PSICOSIS Y
A TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Características	Tradicional, en ansiedad y depresión	Adaptación a la psicosis
Duración	15-22 sesiones, 3-4 meses	Las sesiones pueden ser más frecuentes
Estructura	Cada sesión, 1 hora	Sesiones cortas, de duración variable, (promedio de 40 m.)
Agenda	Sesión estructurada con una agenda, para optimizar el tiempo	Similar, aunque la agenda puede incluir un único problema como objetivo
Orientación al problema	Terapeuta y paciente se centran en definir y resolver los problemas presentes	Similar
Perspectiva histórica	Se centra en el aquí y ahora, sin retrotraerse a la historia pasada del paciente	Similar, pero retrotraerse al pasado es esencial para situar los antecedentes del trastorno
Modelo de aprendizaje	La conducta disfuncional es atribuida a un aprendizaje desadaptativo, donde el objetivo es el re-aprendizaje de una conducta más funcional	Se pone énfasis en la normalización. La conducta disfuncional se atribuye a la vulnerabilidad, al estrés y a un aprendizaje desadaptativo. Son objetivos importantes la des-catastrofización del concepto de psicosis y el re-aprendizaje de conductas más funcionales
Modelo científico	Experimental: la terapia implica obtener datos (problemas, pensamientos, actitudes), formular hipótesis, hacer experimentos y evaluar los resultados	Lo mismo, aunque prestando especial atención a los delirios y a las alucinaciones; reformulando las creencias sobre estas experiencias, que deben ser sometidas a comprobación comparativa con otras hipótesis
Deberes para casa	Se proponen tareas para la obtención de datos, la verificación de hipótesis y para la práctica de habilidades cognitivas	La obtención de datos ya es, en sí misma, terapéutica; por ej., al debilitar los niveles de convicción, al hacer menos énfasis en las formas de pensamiento disfuncional, y al asignar a un cuidador clave como co-terapeuta
Colaboración	Paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para resolver problemas	Lo mismo, aunque son necesarios importantes esfuerzos y medidas de protección (p.ej., aceptación del desacuerdo, retirada táctica para mantener una colaboración esencial, soportar oleadas de verbalizaciones psicóticas)
Rol del terapeuta	Rol activo y directivo. A veces puede ser didáctico, para facilitar la definición y la resolución de los problemas	Similar, aunque teniendo mucho cuidado en evitar que la frustración del terapeuta se convierta en una confrontación coercitiva y directa. Preguntas periféricas cuando se someten a discusión las creencias delirantes
Diálogo socrático	Es el principal método terapéutico: formular preguntas para que el paciente identifique sus pensamientos subyacentes, perciba soluciones alternativas o modifique sus opiniones	Similar, aunque las preguntas van dirigidas particularmente al periodo prodromico y a los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. El objetivo importante consiste en llegar a una formulación compartida
Apertura	El proceso terapéutico es explícito y abierto. Terapeuta y paciente comparten con claridad qué se va a hacer en la terapia	Similar, aunque con mayor esfuerzo para acercar al paciente al modelo y asegurar su comprensión

nuevo modelo personal que dé respuesta comprensible y adaptada socialmente; y e) examinar y comparar el delirio y el nuevo modelo explicativo, en función de la información disponible. En consecuencia, el terreno en el que se formula el diálogo socrático no es la creencia misma sino los datos en que ésta se basa; y el terapeuta debe buscar introducir un germen de duda, procurando que el paciente intente argumentar en contra de sus propias creencias.

El cambio cognitivo es, sin duda, importante para la mejoría, pero no es la condición *sine qua non* del tratamiento. En algunas ocasiones, durante el debate, se entra en un círculo vicioso, y puede no ser útil continuar con la reestructuración cognitiva; en cuyo caso, hay que admitir las diferencias y no insistir.

Tras el diálogo socrático inicial, llega el momento de abordar la comprobación empírica o la consideración de los datos en los que se apoyan las creencias delirantes. La comprobación empírica, por sí sola y sin el previo debate verbal, produce leves e inconsistentes cambios; mientras que la confrontación verbal inicial, seguida de una comprobación empírica, mejora sustancialmente los efectos de la terapia.

En esta fase de la terapia, es importante no romper o poner peligro el primer requisito de la misma; es decir, la buena relación y el compromiso del paciente para seguir acudiendo a la terapia; por lo cual, conviene estar alerta sobre el modo en que el paciente percibe las preguntas y estar preparado para hacer una retirada táctica de las mismas, cuando se le ve excesivamente angustiado.

El objetivo de la comprobación empírica es confrontar la creencia utilizando experimentos conductuales o someter a prueba el fundamento de las convicciones. En primer lugar, se debe pedir al paciente que anticipe qué podría aprender del experimento, y el terapeuta debe anticipar también los potenciales problemas que podrían surgir. La comprobación empírica requiere especificar claramente la inferencia a probar (p.ej., si las voces que el paciente dice oír podrían grabarse en algún aparato de registro, invitando luego a que el paciente haga esa prueba); hacer una predicción de resultado basada en la inferencia y revisar evidencias a favor y en contra; diseñar luego un experimento para comprobar la validez de la predicción (p. ej., al paciente que cree que recibe mensajes telepáticos, se le puede pedir que escriba una sola palabra o dibuje una imagen recibida telepáticamente; o bien, al contrario, tratar de que el paciente escriba o dibuje algo que el terapeuta le envía “telepáticamente”); sacar conclusiones de la prueba realizada (es útil poner a prueba también la alternativa no delirante); comprobar la validez de inferencias delirantes basadas en “conductas de seguridad” (con pruebas de realidad, siguiendo los mismos pasos); y promover, con posterioridad, la repetición mental de afirmaciones basadas en el sentido común (respuestas racionales) en momentos de dificultad, para ayudar al paciente a controlar los niveles de ansiedad cuando lleva a cabo los experimentos conductuales..

2. Trabajo con alucinaciones

Lo que define la psicosis no es sólo la existencia de dichos fenómenos, ya que son relativamente frecuentes en la población general. De manera transitoria, pueden estar presentes después de acontecimientos vitales graves, en periodos de duelo por fallecimiento de algún familiar directo, o bajo estados de elevado estrés, entre otras circunstancias. Tampoco define la existencia de un estado psicótico el carácter inverosímil de las alucinaciones o la convicción personal sobre la realidad de dichas experiencias, sino la ausencia de determinantes culturales y el grado de preocupación o malestar que originan. En este sentido, la intervención psicológica no pretende eliminar dichas experiencias, sino procurar que el paciente comprenda su significado y su origen interno, y no provenientes de una fuente externa, como espontáneamente tiende a considerar..

Esencialmente, pues, el problema no radica en el hecho mismo de alucinar sino en la relación que la persona guarda con sus alucinaciones; y el principal objetivo de la terapia consiste, precisamente, en cambiar la manera de interpretar o de convivir con estas experiencias.

La terapia comienza con la evaluación de las experiencias alucinatorias, con el fin de ayudar al paciente a tener una perspectiva más rica y objetiva del fenómeno y favorecer una explicación más racional de las mismas. La utilización de alguna escala, al igual que con las ideas delirantes (Drake, et al., 2007), ofrece los beneficios de obtener información más amplia de sus dimensiones para el plan de intervención; demostrar al paciente que su intensidad depende de los niveles de estrés, habilidades de afrontamiento utilizadas y otras influencias; y tener una medida útil del progreso de la terapia.

El tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas, presentes en la esquizofrenia, incluye: 1) registro diario de las voces (frecuencia, intensidad, duración, contenido, etc.); 2) la utilización del modelo A-B-C (situación-experiencia-emoción); 3) el desarrollo de explicaciones racionales (cuestionamiento, re-atribución del origen, estímulos desenca-

denantes); y 4) diversas estrategias para encarar dichos fenómenos: distracción, focalización, abordaje de los esquemas y metacognición, exposición gradual y prevención de respuesta.

Se han utilizado procedimientos operantes para tratar las alucinaciones, como la parada del pensamiento, y procedimientos distractores o de supresión verbal, como escuchar música o contar mentalmente, leer, utilizar auriculares para escuchar la radio, música, etc. Respecto a los modos de acción de estas intervenciones, pueden dividirse en tres grupos: técnicas que promueven la distracción de las voces; técnicas que promueven la focalización en las voces; y técnicas que persiguen reducir la ansiedad.

Las técnicas de distracción (p.ej., llevar un *walkman*, leer, cantar, etc.), aún siendo útiles para algunos pacientes, producen efectos transitorios, ya que no se dirigen al problema central del trastorno cognitivo implicado, como es el error atribucional de sucesos auto-generados a una fuente externa.

Las técnicas de focalización consisten en procurar que los alucinadores identifiquen las voces como fenómenos provenientes de ellos mismos, y producen efectos más duraderos. Para ello, se pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado mediante la gradual re-atribución de las voces a uno mismo, siguiendo esta secuencia:

1. Hacer que el paciente dirija la atención a la *forma y características físicas* de las voces, como el número de personas que les hablan, la intensidad o volumen, el tono, el acento, el sexo y la localización en el espacio, sometiendo esto a discusión en la sesión de terapia (p.ej., ¿cómo hablan?, ¿son de hombre o mujer?, ¿hay una o varias voces?, ¿en qué circunstancias vienen y desaparecen?, ¿reconoces de quién es la voz?, ¿te resulta familiar?, ¿es de una persona lista?, ¿es fuerte o débil?, ¿de dónde proviene?, ¿puedes señalar el lugar de la habitación, de donde viene?, ¿podemos ir a ese punto de la habitación y buscarla?, ¿si viene de ahí, la voz se hace más alta a medida que te acercas?, ¿crees que yo podría oír la voz?, ¿podríamos grabarlas y oír las voces luego?).
2. Una vez que el paciente logra sentirse cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, y reducir la ansiedad que su contemplación le genera, se le solicita que preste atención a su *contenido* (p.ej., ¿de qué hablan?, ¿comentan cosas que te han pasado?, ¿te molesta lo que dicen?, ¿las voces conocen tu vida?), escribiéndolo o sometiéndolo a discusión en la sesión de terapia. Obviamente, las voces conocen muy bien su historia personal, y su contenido refleja sus preocupaciones y ansiedades. También le propone que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa.
3. Finalmente, en las sesiones de terapia se abordan las metacogniciones, es decir, las creencias que el paciente tiene sobre el origen y la naturaleza de las alucinaciones. Para ello, se le alienta a registrar los sucesos que anteceden a las voces, las voces mismas, así como los pensamientos y sentimientos que les siguen, tanto durante las sesiones como fuera, a modo de tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces que es compartido por el terapeuta y el paciente, y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación normalmente implica la aceptación de que las voces son auto-generadas en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental. El objetivo no es otro que desarrollar una actitud hacia sí mismo y las alucinaciones que promueva la aceptación y una adaptación saludable.

La utilización del modelo A-B-C requiere abordar las siguientes cuestiones: ¿qué sucesos desencadenan la aparición de las voces?, ¿qué importantes cambios en la vida de la persona guardan relación con la aparición de las voces (características de su crianza, sucesos traumáticos y experiencias especiales que tuvieron lugar en la infancia)?, ¿qué desencadena las voces (experiencias amenazantes y emociones insoportables, como inseguridad, miedo, agresión, sentimientos sexuales propios o de los demás, pérdida de control, enfrentamiento con situaciones nuevas, inesperadas, etc.)?

En todos los casos, las estrategias constructivas para el tratamiento de las alucinaciones requieren permitir que surjan las voces durante algún tiempo, dialogar con las voces, fijar límites en la atención prestada a las mismas, escribir qué es lo que dicen o repetirlo en voz alta, para obtener mayor capacidad de control, y hablar con alguien sobre las voces, en vez de aislarse.

Se han desarrollado tratamientos conductuales grupales para las alucinaciones. La Terapia para las Alucinaciones Auditivas de Perron y Munson (2006) consiste en 10 sesiones, que incluye dos componentes: Discusión/debate de apoyo y Entrenamiento en habilidades para manejar las voces. El debate de apoyo comienza con la invitación a cada uno de los miembros del grupo a hacer una breve revisión de la actividad reciente de las voces, y de compartir las experiencias directa o indirectamente relacionadas con el proceso de afrontamiento. El entrenamiento en habilidades pretende desarrollar las capacidades específicas para afrontar las voces. Es importante que el terapeuta revise brevemente la información o las habilidades presentadas en la última sesión, incluyendo el trabajo para casa y los registros de monitorización.

En cuanto a la estructura de la terapia, se recomienda un *formato* de grupo cerrado, debido a que los participantes que pierden las sesiones preliminares podrían no captar las estrategias de afrontamiento enseñadas más tarde. Respecto al *número de participantes*, idealmente el grupo puede estar formado por 6 a 8 pacientes; o tal vez menos, si no se tiene experiencia. La *duración* de cada sesión puede variar entre hora y media y dos horas, con algún breve descanso.

La Terapia Grupal para las Alucinaciones Auditivas de Chadwick, Sambrooke, Rasch y Davies (2000) aborda particularmente las creencias sobre las voces, al considerar que juegan un papel mediador sobre cómo se siente la persona y cómo les hace frente. Cuatro tipos de creencias son especialmente importantes: *Identidad* (¿de quién es la voz?), *Intención* (¿por qué me habla a mí y no a otros?), *Omnipotencia* (¿qué grado de poder tiene la voz?), y *Control* (¿qué capacidad tengo para dominarla?). El objetivo de la terapia es debilitar las creencias sobre la omnipotencia de las voces, favorecer la atribución interna e incrementar la sensación de control.

EFICACIA DE LA TCC PARA LA SINTOMATOLOGÍA POSITIVA

Diversos estudios sobre la eficacia de la TCC en los síntomas psicóticos han demostrado que esta modalidad terapéutica es superior a otros tratamientos psicológicos, a la medicación antipsicótica y al tratamiento psiquiátrico habitual (Lemos Giráldez, Vallina Fernández, Fonseca Pedrero, Paíno, & Fernández Iglesias, 2012; Wykes, Smith, & Steel, 2008); y sus efectos han demostrado permanecer por lo menos a medio plazo (Sensky, et al., 2000). La reducción del riesgo de re-hospitalización e incluso la mayor capacidad de recuperación de episodios psicóticos agudos han sido los efectos más destacados (Lewis et al., 2002). El meta-análisis realizado por Zimmerman y colaboradores concluyó que la TCC es efectiva, que sus efectos son robustos con el paso del tiempo, y que las tasas de abandono de la terapia son bajas (Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005). Otros estudios recientes sobre la eficacia de la TCC se detallan en la Tabla 3 y ofrecen resultados semejantes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 577-606.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. M., & Grant, P. M. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Bentall, R. P. (2005). *Madness explained*. London: Penguin.
- Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., et al. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers: A preliminary investigation. *Psychological Medicine, 19*, 649-656.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2002). Psychotherapies for schizophrenia: A review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia (WPA Series: Evidence and experience in psychiatry, Vol. 2)* (pp. 153-220). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M., & Tarrier, N. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. Chichester, UK: Wiley.
- Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 50 (Suppl. 1)*, 13.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1997). *Cognitive behaviour therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P., & Lowe, F. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 225-232.
- Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S., & Davies, E. (2000). Challenging the omnipotence of voices: Group cognitive behavior therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 993-1003.
- Chadwick, P., & Trower, P. (2008). Person-based cognitive therapy for paranoia: The challenges of 'poor me'. In D. Freeman, R. Bentall & P. Garety (Eds.), *Persecutory delusions: Assessment, theory, and treatment* (pp. 411-424). Oxford: Oxford University Press.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schi-

- zophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-644.
- Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R. P., & Lewis, S. (2007). The Psychotic Symptom Rating Scales (PSY-RATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 89, 119-122.
- Fadden, G. (1997). Behavioural family therapy approaches to the treatment of schizophrenia. In C. Mace & F. Margison (Eds.), *Psychotherapy of psychosis* (pp. 181-195). London: Gaskell.
- Fenton, W. S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 47-72.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Freeman, D., Bentall, R., & Garety, P. (Eds.). (2008). *Persecutory delusions: Assessment, theory, and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- French, P., & Morrison, A. P. (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach*. Chichester, UK: Wiley.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Gharaeipour, M., & Scott, B. J. (2012). Effects of cognitive remediation on neurocognitive functions and psychiatric symptoms in schizophrenia inpatients. *Schizophrenia Research*, 142, 165-170.
- Girón, M., Fernández-Yáñez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2 year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
- Glass, L. L., Katz, H. M., Schnitzer, R. D., Knapp, P. H., Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1989). Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 146, 603-608.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Haddock, G., & Slade, P. D. (Eds.). (1996). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Wateraux, C., & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 12-23.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia : A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Leff, J. (1987). A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In H. Häfner, W. F. Gattaz & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 317-330). Berlin: Springer-Verlag.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Lehman, A., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R., Dickerson, F., Dixon, L., Goldberg, R., et al. (2004). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fonseca Pedrero, E., Paíno, M., & Fernández Iglesias, M. P. (2012). Trata-

- mientos empíricamente apoyados para los síntomas psicóticos. In F. Labrador & M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 87-122). Madrid: Pirámide.
- Lewis, S. W., TARRIER, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised, controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcome. *British Journal of Psychiatry*, *181* (Suppl. 43), s91-s97.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, *57*, 104-114.
- Lysaker, J. T., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *121*, 271-276.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: A comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 331-340.
- Magliano, L., & Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *16*, 22-34.
- McFarlane, W. (1994). Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenic. *New Directions in Mental Health Services*, *62*, 13-22.
- Morrison, A. P. (2001). Cognitive therapy for auditory hallucinations as an alternative to antipsychotic medication: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 136-147.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 291-297.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M., et al. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: An effectiveness study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 36-44.
- Mueser, K. T., & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*, *20*, 253-262.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive-behavioural therapy with delusions and hallucinations (2nd ed.)*. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- Owens, D. G. C., Miller, P., Lawrie, S. M., & Johnstone, E. C. (2005). Pathogenesis of schizophrenia: A psychopathological perspective. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 386-393.
- Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *100*, 108-119.
- Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Cassell.
- Perris, C., & McGorry, P. D. (Eds.). (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1998).
- Perris, C., & Skagerlind, L. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89* (Suppl. 382), 65-70.
- Perron, B., & Munson, M. (2006). Coping with voices: A group approach for managing auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *9*, 241-258.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 64-80.
- Pharoah, F., J., M., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). *Family intervention for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Collaboration. New York: Wiley.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, *32*, 763-782.
- Pitcher, D. (1990). Fetichism. In R. Bluglass & P. Bowden (Eds.), *Principles and practice of forensic psychiatry* (pp. 683-688). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 443-452.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Psychiatric Rehabilitation Consultants. (1994). *Modules in the UCLA Social and Independent Living Skills Series*. (Available from Psychiatric Rehabilitation Consultants, PO Box 6620, Camarillo, CA 93011-6620, USA).
- Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Müller-Szer, R., & Zorn, P. (2002). Social skills training for schizophrenia: Research update and empirical results. In H. Kashima, I. R. Falloon, M. Mizuno & M. Asai (Eds.), *Comprehensive treatment of schizophrenia* (pp. 63-79). Tokyo: Springer-Verlag.
- Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., et al. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: Results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddler, R., et al. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Servei Català de la Salut. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona: CatSalut, Departament de Sanitat i seguretat Social.
- Smith, J., & Birchwood, M. (1990). Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia: The development of a service model. *British Journal of Psychiatry*, 156, 654-660.
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122, 1-23.
- Tarrier, N. (1996). Family interventions and schizophrenia. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 212-234). London: Routledge.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W., et al. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- The Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: A report by the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness.
- Tungpunkom, P., & Nicol, M. (2008). Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas. In Biblioteca Cochrane Plus (Ed.), *Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Update Software, Ltd., disponible en: <http://www.update-software.com>*. Chichester, UK: Wiley.
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S., & Fernández Iglesias, M. P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. In A. Pastor, A. Blanco & D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Síntesis.
- Vaughn, C., Doyle, M., McConaghy, N., Blascynski, A., Fox, A., & Tarrier, N. (1992). The Sidney intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 16-21.
- Vaughn, C., & Leff, J. D. (1976). The measurement of expressed emotions in families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 156, 157-165.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Jones, S., W.B., F., & Falloon, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of the British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.

- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Ramirez Basco, M. (2009). *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. London: Routledge.
- Wykes, T., Smith, G., & Steel, C. (2008). Psychological approaches to the management of persistent delusions and hallucinations. In D. J. Castle, D. L. Copolov, T. Wykes & K. T. Mueser (Eds.), *Pharmacological and psychosocial treatments in schizophrenia (2nd ed.)* (pp. 23-34). London: Informa Healthcare.
- Wykes, T., & van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis - cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review, 21*, 1227-1256.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 77*, 1-9.
- Zubin, J., Feldman, R. S., & Salzinger, S. (1991). A developmental model for the etiology of schizophrenia. In W. M. Grove & D. Cicchetti (Eds.), *Thinking clearly about psychology. Vol. 2: Personality and psychopathology: Essays in honor of Paul E. Meehl* (pp. 410-429). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Ficha 1.

Otras modalidades psicoterapéuticas en la esquizofrenia

REHABILITACIÓN COGNITIVA

El funcionamiento cognitivo juega un papel determinante para el ajuste psicosocial, vinculándose de manera concreta y permanente con el funcionamiento social, ocupacional, laboral, llegando a ser un potente predictor de la rehabilitación. Los programas de rehabilitación cognitiva generalmente se basan en la utilización de alguna de las siguientes estrategias: a) repetición de ejercicios de tareas cognitivas realizados con papel y lápiz o con medios informáticos; b) aprendizaje de estrategias compensatorias para organizar la información (p.ej., categorización) o facilitar la memorización (p.ej., cajas contadoras de medicación, notas adhesivas, etc.); y c) aprendizaje de técnicas didácticas y conductuales (p.ej., instrucciones, refuerzo positivo y no cometer errores, o descomposición de metas en tareas concretas y secuenciadas en las que se va avanzando progresivamente y a base de práctica repetida). Los principales procedimientos terapéuticos desarrollados son la Terapia de Remediación Cognitiva (*Cognitive Remediation Therapy*, CRT) (Wykes & Reeder, 2005) y la Terapia de Potenciación Cognitiva (*Cognitive Enhancement Therapy*, CET) (Hogarty & Flesher, 1999).

La CRT se ha diseñado para corregir y mejorar los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención, y los objetivos son aumentar la capacidad y la eficiencia de las funciones cognitivas, enseñar esquemas cognitivos variados y transferibles para guiar la acción, mejorar la metacognición y aumentar la motivación. Se aplica en 40 sesiones de una hora de duración, con una frecuencia de tres sesiones por semana (Wykes & Reeder, 2005).

Como resultado de un meta-análisis de 40 estudios que incluyeron a 2.104 pacientes con esquizofrenia, los autores refieren la utilidad de la CRT especialmente cuando se emplea durante la fase clínica estable y en combinación con otros procedimientos de rehabilitación. Los efectos se muestran más duraderos en las funciones cognitivas y en el funcionamiento, pero se van atenuando en la sintomatología durante el seguimiento (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). Más recientemente, se ha publicado el resultado de un estudio de doble ciego aleatorizado, en el que se comparan los resultados de una muestra de 21 pacientes a quienes se administró CRT y 21 controles, que demuestra que quienes recibieron esta terapia mejoraron significativamente su funcionamiento neuropsicológico, la depresión y los síntomas negativos de la esquizofrenia, comparativamente con el grupo control (Gharaeipour & Scott, 2012).

En cuanto a la CET, se aplica a pacientes clínicamente estables con limitaciones sociales y laborales, y combina trabajo en grupos estructurados o individualmente con ejercicios en el ordenador. Su objetivo es aumentar la resistencia mental, desarrollar un procesamiento de información activo y la resolución espontánea de desafíos sociales imprevistos, para lo que pone su foco en potenciar la toma de perspectiva de los demás, la valoración del contexto social y otros componentes de la cognición social a través de ejercicios experienciales. Se inicia la terapia con entrenamiento cognitivo, en 75 sesiones durante 6 meses, en las que hacen tareas de ordenador para potenciar la memoria, la atención y la solución de problemas, y a continuación se trabaja en grupo la cognición social, aprendiendo a ponerse en lugar de los demás, a interpretar las claves contextuales no verbales, a manejar emociones y a valorar adecuadamente el contexto social, a lo largo de unas 55 sesiones. Los ejercicios se basan en situaciones reales de la vida del paciente y se organizan por niveles en los que el paciente va ocupando roles de observador a protagonista y donde sus objetivos cognitivos son múltiples.

En un estudio controlado con pacientes ambulatorios con esquizofrenia, se compararon los efectos de la CET con una terapia de apoyo enriquecida, que incluyó psicoeducación, manejo de estrés y solución de problemas. Los resultados mostraron superioridad de la CET en las variables de neurocognición, velocidad de procesamiento, estilo cognitivo, cognición social y adaptación social, manteniéndose las mejorías en un seguimiento de dos años. No se observaron diferencias en la sintomatología (Hogarty et al., 2004). En un posterior estudio con pacientes de primer episodio psicótico los autores han comprobado que la CET tiene efectos neuroprotectores en la preservación del volumen de materia gris en diversas estructuras cerebrales (Eack et al., 2010).

En resumen, las terapias de rehabilitación cognitiva orientadas a facilitar el recuerdo y las habilidades de solución de problemas tienen mayor efecto sobre el funcionamiento que los programas que sólo se centran en la práctica y la instrucción; se potencian sus efectos sobre el funcionamiento social y ocupacional cuando se combinan con otras medi-

das rehabilitadoras, y particularmente con aquellas del tipo de entrenamiento laboral y/o de empleo con apoyo; y sus efectos de sobre el funcionamiento cognitivo son bastante similares en todos los estudios, a pesar de las diferencias en la duración y métodos de entrenamiento de los diferentes programas, en el escenario de la rehabilitación (ambulatorio, hospitalario) y en la edad de los pacientes. No obstante, la eficacia de este tipo de intervenciones aún se encuentra en entredicho y es contradictoria, señalándose efectos benéficos de tamaño pequeño a mediano sobre la atención, el funcionamiento ejecutivo, la memoria y la cognición social, y con pequeña transferencia de estos efectos al funcionamiento social y a la psicopatología general (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo, & Mueser, 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Pfammatter, Junghan, & Brenner, 2006). La diferencia en el tamaño del efecto de las terapias de rehabilitación cognitiva puede deberse a su heterogeneidad, ya que algunas se centran en la práctica masiva de funciones cognitivas, mientras que otras también añaden la enseñanza de estrategias. Diversas sugerencias para la mejora y diseminación de estas terapias han sido realizadas por Wykes y Spaulding (2011).

TRATAMIENTOS MULTIMODALES

La Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Roder, Brenner, Hodel, & Kienzle, 1996; Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007) es el programa más utilizado y probado en pacientes con esquizofrenia. En su formato original, está diseñado para aplicación grupal y tiene una orientación conductual para la mejora de las habilidades cognitivas y sociales, que incluye cinco módulos o subprogramas. Los tres primeros (diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal) forman parte del bloque de rehabilitación cognitiva de la intervención, y se dirigen específicamente a los déficits en las funciones cognitivas básicas: atención, percepción y memoria; y los dos últimos (entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales) conforman el bloque de entrenamiento en competencia social (véase Anexo).

Los subprogramas de la IPT están ordenados jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas intervenciones entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. La aplicación de estos subprogramas se puede adaptar a las características de cada paciente; de modo que aquellos pacientes más deteriorados, con más carga de sintomatología negativa y con un importante déficit cognitivo, serían más adecuados para trabajar con los tres primeros módulos de tratamiento, mientras que aquellos con unas habilidades cognitivas más conservadas y con mayor movilidad social, se beneficiarían más de la aplicación de los dos últimos módulos del programa. La IPT se implementa en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, y durante un mínimo de tres meses.

Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza desde tareas simples y previsibles hasta otras más difíciles y complejas. A la par, va decreciendo la estructuración de la terapia; desde unos inicios muy estructurados hasta un final mucho más espontáneo. Por otra parte, cada subprograma se inicia con material emocionalmente neutro y, a medida que se avanza en la terapia, va aumentando también su carga emocional.

En un meta-análisis con 30 estudios incluyendo 1.393 pacientes para evaluar la efectividad de la IPT, realizado por sus autores (Roder, Mueller, Mueser, & Brenner, 2006), se concluye que la terapia completa tiene un efecto un 25% mayor que la aplicación de sus partes por separado; el índice de abandono se situó en el 14.7%; su efectividad fue superior a otras condiciones control (placebo, y cuidados habituales) en todas las variables analizadas: síntomas, funcionamiento psicosocial y neurocognición, en los distintos escenarios en los que se aplicó (pacientes internos o ambulatorios), entornos (académicos o no académicos), y fases de la esquizofrenia (aguda o crónica); y esta superioridad se mantuvo en seguimientos realizados con una media de 8 meses. En cuanto a los predictores de resultado de la terapia, la duración del trastorno fue la única variable independiente que tuvo un efecto negativo sobre el resultado global de la intervención, siendo proporcionalmente menos beneficioso cuanto mayor era la duración.

En un posterior meta-análisis (Roder, Mueller, & Schmidt, 2011), en el que se ha revisado la aplicación de la IPT en 36 estudios, realizados en 12 países en los últimos 30 años, que incluyeron a 1.601 pacientes con esquizofrenia, se confirma la mejoría en todas las variables de resultado (neurocognición, cognición social, funcionamiento psicosocial y síntomas negativos), comparativamente con los grupos control (placebo y tratamiento estándar), en el mantenimiento de los efectos positivos en un promedio de 8,1 meses; así como mejores resultados cuando se administran todos los subprogramas de la IPT, sugiriendo que los subprogramas cognitivos y sociales tienen un efecto sinérgico en la mejora de la transferencia de la terapia en el tiempo y en la recuperación funcional.

Se ha comprobado que los destinatarios de la IPT se pueden beneficiar en mayor medida cuando se complementa con psicoeducación dirigida a ellos mismos y a sus familiares, y su eficacia parece mayor cuando responden al siguiente perfil: paciente ambulatorio de entre 18 y 40 años, sin consumo continuado de drogas (sí se incluye el consumidor esporádico), que conviva con su familia y que ésta se implique activamente en el tratamiento, que no haya pasado prolongados ingresos hospitalarios y que presente un ligero o moderado déficit ejecutivo frontal (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2003).

Recientemente, se ha añadido a la IPT un nuevo módulo terapéutico para mejorar la generalización y transferencia de las habilidades adquiridas en la terapia a la vida cotidiana en la comunidad, denominado *Programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales* (WAF, según las abreviaturas de los términos en alemán), que se compone de tres subprogramas de entrenamiento en habilidades sociales y cognitivas, que pretenden integrar las intervenciones conductuales con las modalidades convencionales de rehabilitación, que se pueden aplicar completamente al margen del resto de módulos de la terapia.

NUEVAS PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOSIS

Además del tratamiento de los síntomas, los tratamientos basados en datos conceden cada vez mayor importancia al proceso de recuperación (Andresen, Oades, & Caputi, 2011; EPPIC, 2002; Shean, 2010; Turkington et al., 2009), como algo más amplio que la mera reducción de síntomas u otras medidas centradas en el sistema sanitario (ingresos, recaídas, re-hospitalizaciones), y ponen énfasis en el funcionamiento social del paciente, en la capacidad para realizar actividades gratificantes, para conseguir objetivos con sentido y una vida que merezca la pena. Además, dado que las personas con esquizofrenia frecuentemente desarrollan estados de desesperanza, progresivamente más intensos, es importante contemplar en el tratamiento la instauración de un sentimiento de autocontrol y de la capacidad para organizar la propia vida.

El desarrollo de creencias positivas sobre uno mismo y sobre los demás es una forma de intervención clínica de orientación cognitiva, que contrasta con el enfoque de la TCC tradicional, que va dirigida a reducir los síntomas psicóticos positivos y que, por lo tanto, está más centrada en las cogniciones negativas y auto-críticas. Con el fin de conseguir la recuperación de los primeros episodios de psicosis, en la última década se ha ido desarrollando una serie de nuevas intervenciones psicológicas: Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio de Psicosis (COPE) (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2002); Terapia Cognitiva Interpersonal para la Recuperación y Prevención de Recaídas (Gumley & Schwannauer, 2006); Intervención para la Recuperación Cognitiva (CRI) (Jackson et al., 2009); Terapia Cognitivo Conductual para la Recuperación Social de la Psicosis (SRCBT) (Fowler et al., 2009); Programa de Intervención para la Recuperación Gradual de la Psicosis Temprana (GRIP) (Waldheter et al., 2008); Terapia Cognitivo conductual para la Prevención de Recaída (RPT) (Gleeson et al., 2009).

Se trata de nuevas modalidades de intervención dirigidas a completar la recuperación sintomática de un primer episodio de psicosis, con la recuperación emocional que incluye el desarrollo de habilidades personales de aceptación, comprensión, auto-reflexión y conciencia introspectiva; que agilice la superación de los aspectos estigmatizadores y traumáticos habitualmente presentes entre el 35-50% de los casos, vinculados mayoritariamente a la sintomatología experimentada durante el episodio psicótico (referencialidad, delirios persecutorios, alucinaciones auditivas, etc.), y a experiencias dolorosas ligadas al tipo de intervención y cuidados proporcionados durante la crisis (ingreso involuntario, contención y aislamiento hospitalario, etc.) (Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry 2008); y a poner a la persona en situación de retomar sus distintos roles personales y sociales en el menor plazo de tiempo posible y con las mejores expectativas de logro alcanzables para continuar su desarrollo social y profesional.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS ADAPTADOS A CADA FASE

Finalmente, se recomienda que las intervenciones psicológicas en las psicosis, y particularmente en la esquizofrenia, deban acomodarse a cada fase o estadio de evolución del trastorno en el que la persona se encuentra (Gleeson, Killackey, & Krstev, 2008), de acuerdo con los siguientes principios (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2010): a) las intervenciones terapéuticas deberían acomodarse tanto a los factores de riesgo diferenciales como a los indicadores clínicos, ya que el trastorno comienza en la adolescencia o en la temprana edad adulta, con factores etiológicos que interactúan o tienen un efecto aditivo en el desarrollo del trastorno; b) serían más efectivas si se administrasen cuanto antes en los periodos críticos del curso clínico (Birchwood, 2000; Birchwood, Todd, & Jackson, 1998); y c) deberían tomar en consideración el importante papel que juega la neuroplasticidad en la patogénesis de la esquizofrenia, y la

necesidad de revertir dicha plasticidad alterada mediante las terapias neurobiológicas y psicológicas (Fisher, Holland, Merzenich, & Vivogradov, 2009).

En las fases iniciales de la psicosis, el objetivo del tratamiento debería ser la pronta identificación del trastorno y una rápida aplicación de un tratamiento efectivo, con el fin de abortar su progresión y limitar el deterioro del funcionamiento social. En las fases posteriores del trastorno, en cambio, los objetivos de la terapia deben orientarse hacia la reducción de los síntomas y la posible reversión de la patología cerebral (Kumari et al., in press; Peters et al., 2010). En todos los casos, el principal objetivo debería ser la máxima restauración posible de las funciones afectadas (McGorry, 2000).

REFERENCIAS

- Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). *Psychological recovery: Beyond mental illness*. New York: Wiley-Blackwell.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 568-579.
- Birchwood, M. (2000). The critical period for early psychosis. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 53-59.
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Cho, R. Y., Prasad, K. M. R., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., et al. (2010). Neuroprotective effects of Cognitive Enhancement Therapy against gray matter loss in early schizophrenia: Results from a 2-year randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 67, 674-682.
- EPPIC. (2002). *Prolonged recovery in early psychosis: A treatment manual*. Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Fisher, M., Holland, C., Merzenich, M. M., & Vivogradov, S. (2009). Using neuroplasticity-based auditory training to improve verbal memory in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166, 805-811.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: A report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychological Medicine*, 39, 1627-1636.
- Gharaeipour, M., & Scott, B. J. (2012). Effects of cognitive remediation on neurocognitive functions and psychiatric symptoms in schizophrenia inpatients. *Schizophrenia Research*, 142, 165-170.
- Gleeson, J. F. M., Cotton, S. M., Alvarez-Jiménez, M., Wade, D., Gee, D., Crisp, K., et al. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 24, e1-e10.
- Gleeson, J. F. M., Killackey, E., & Krstev, H. (Eds.). (2008). *Psychotherapies for the psychoses: Theoretical, cultural and clinical integration*. New York: Routledge.
- Gumley, A., & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. Chichester, UK: Wiley.
- Henry, L. P., Edwards, J., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): A practitioner's manual*. Melbourne: EPPIC.
- Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R. F., Carter, M., Greenwald, D. P., Pogue-Geile, M., et al. (2004). Cognitive Enhancement Therapy for schizophrenia: Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61, 866-876.
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., et al. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce postpsychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 454-462.
- Kumari, V., Fannon, D., Peters, E., Ffytche, D., Sumich, A., Premkumar, P., et al. (in press). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: A longitudinal study. *Brain*, doi:10.1093/brain/awr154.
- McGorry, P. D. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. In B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C., et al. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 302-318.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*. Granada: Alborán Editores.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 81-93.
- Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl. 2), S71-S79.
- Shean, G. D. (2010). *Recovery from schizophrenia: Etiological models and evidence-based treatments*. New York: Hindawi Publishing Corporation.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122, 1-23.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S. K. J., Brabban, A., Cromarty, P., et al. (2009). *Back to life, back to normality: Cognitive therapy, recovery and psychosis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. In M. Pérez Alvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 35-79). Madrid: Pirámide.
- Waldheter, E. J., Penn, D. L., Perkins, D. O., Mueser, K. T., Owens, L. W., & Cook, E. (2008). The Graduated Recovery Intervention Program for first episode psychosis: Treatment development and preliminary data. *Community Mental Health Journal*, 44, 443-455.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. r., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-485.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. London: Routledge.
- Wykes, T., & Spaulding, W. D. (2011). Thinking about the future Cognitive Remediation Therapy: What works and could we do better? *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl. 2), S80-S90.

Ficha 2.

Resumen de las Intervenciones en la esquizofrenia

Resumidamente, se sintetizan a continuación los contenidos presentados en el documento principal, atendiendo a las modalidades de intervención psicológica en la esquizofrenia, así como a sus ingredientes constitutivos y a los efectos demostrados con la investigación empírica.

NATURALEZA Y EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

- Elementos:
 - ✓ Psicoeducación (modelo vulnerabilidad-estrés)
 - ✓ Intervención en crisis, prevención de recaídas
 - ✓ Entrenamiento en comunicación
 - ✓ Habilidades para afrontar los síntomas
 - ✓ Entrenamiento en solución de problemas
- Formato:
 - ✓ Unifamiliar / Multifamiliar / Ambulatorio
- Recomendaciones:
 - ✓ Duración superior a 9 meses. La duración óptima es de 2 años, con apoyo posterior de “bajo nivel”, a distancia
- Dianas terapéuticas:
 - ✓ Reducción de la tasa de recaídas
 - ✓ Reducción de la hospitalización
 - ✓ Mejora en la adherencia a la medicación
 - ✓ Reducción del estrés y de la Emoción Expresada
- Resultados
 - ✓ Revisiones del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008) sobre 38 estudios controlados, y Cochrane (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010), sobre 53 estudios controlados y aleatorizados, revelan mayor eficacia cuando:
 - Se utiliza un procedimiento estructurado
 - Son llevadas a cabo las intervenciones por un equipo multiprofesional
 - Son intervenciones multi-familiares
 - ✓ Contribuyen a la reducción de recaídas en un 50% y de re-hospitalizaciones
 - ✓ Reducen la sobrecarga familiar y la Emoción Expresada
 - ✓ Mejoran el estilo de afrontamiento y comunicación
 - ✓ Han demostrado tener eficacia terapéutica también en culturas no occidentales

En resumen, existe clara evidencia de que las intervenciones familiares. a) por sí solas, no reducen las tasas de recaída, pero modifican las actitudes y proporcionan un medio no amenazante para que esto se consiga; b) la utilización de materiales impresos o de videos, así como las sesiones de educación *in vivo* son igualmente efectivas para aumentar los conocimientos; c) tanto la psicoeducación como el aprendizaje de habilidades posponen la recaída sintomática y la rehospitalización, siempre y cuando las intervenciones tengan la suficiente duración (generalmente al menos 9 meses), y los mayores beneficios se obtienen durante el periodo de intervención intensiva; d) Los efectos beneficiosos de la intervención familiar en la prevención de recaídas son más evidentes en pacientes que viven en hogares de alta Emoción Expresada (es decir, que conviven con familiares que expresan mucha crítica, hostilidad o sobreimplicación emocional con el paciente); y e) no hay evidencia de la efectividad de las intervenciones familiares que no utilizan el modelo psicoeducativo basado en el aprendizaje de destrezas.

La evidencia es, sin embargo, todavía incompleta respecto a lo siguiente: a) si los efectos beneficiosos de la intervención familiar en la prevención de recaídas se extiende más allá de 2 años; b) su eficacia a largo plazo en la reducción del malestar y la sobrecarga familiar; y c) el beneficio que produce en pacientes que conviven con familiares de baja Emoción Expresada. Para la confirmación de todo ello es necesaria, pues, mayor investigación.

EVOLUCIÓN DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

- Hacia 1960: El entrenamiento se llevaba a cabo de forma indirecta, a través de condicionamiento operante (programas de puntos o economía de fichas).
- Hacia 1970: Introducción del *role-playing*, como técnica para mejorar tanto habilidades “moleculares” (el contacto ocular, la fluidez verbal, la gesticulación) como “molares” (la asertividad y la expresión de emociones de diverso tipo).
- Hacia 1990: Extensión y perfeccionamiento de estas técnicas, centrándolas en aspectos de la rehabilitación que son relevantes en los pacientes, e incorporándole un enfoque específico de solución de problemas (por ej., los módulos SILS, *Social and Independent Living Skills*) (Psychiatric Rehabilitation Consultants, 1994), <http://psychrehab.com/>
- Elementos:
 - ✓ Instrucción conductual
 - ✓ Modelo de competencia social (percepción social / cognición social / respuesta conductual)
 - ✓ Modelado
 - ✓ *Feedback* correctivo
 - ✓ Reforzamiento social contingente
 - ✓ Práctica *in vivo*
- Formato:
 - ✓ Individual / Grupal / Ambulatorio / Residencial
- Recomendaciones:
 - ✓ Duración entre 6 meses y 2 años
 - ✓ Grupos pequeños (menos de 6 pacientes)
 - ✓ Práctica repetida de las habilidades, en escenarios diferentes
- Dianas terapéuticas:
 - ✓ Mejorar la comunicación social, pedir ayuda...
 - ✓ Mejorar el funcionamiento comunitario (comprar, pagar facturas, hacer entrevistas, etc., -formato *Social and Independent Living Skills*)
 - ✓ Reducir la gravedad de los síntomas
 - ✓ Reducir la tasa de recaídas
- Resultados
 - ✓ En general, son muy limitados; los beneficios no parecen equivalentes en todos los entornos.
 - ✓ Es escasa la generalización de los aprendizajes obtenidos en las sesiones terapéuticas.
 - ✓ Los efectos parecen mejores con el formato *Social and Independent Living Skills*

En resumen, existe clara evidencia de lo siguiente: a) las personas con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades sociales, que pueden generalizarse en cierta medida a situaciones de la vida real; b) el efecto del entrenamiento en habilidades sociales en la prevención de recaídas es moderado y temporal; c) el efecto sobre el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida es moderado y se obtiene en programas de larga duración.

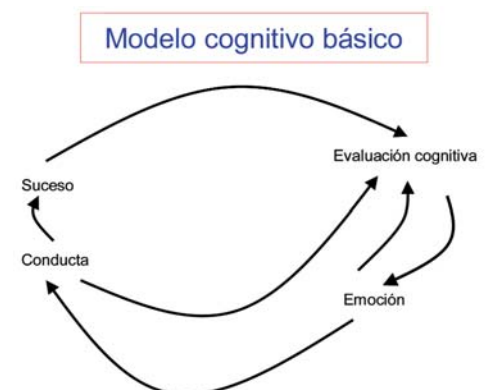
En cambio, no existe todavía suficiente certeza de hasta qué punto el entrenamiento en habilidades sociales afecta a los síntomas. Hay cierta evidencia de que no influye a largo plazo en los síntomas positivos, pero el efecto parece algo mayor en los síntomas negativos.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DIRIGIDOS A LA SINTOMATOLOGÍA: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

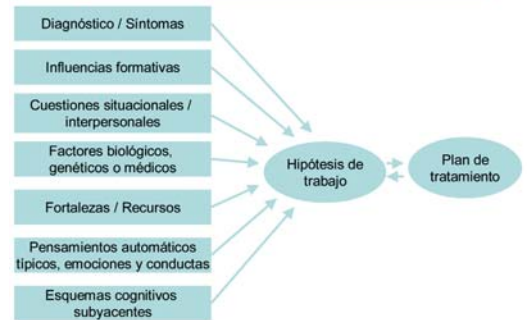
- Requisitos mínimos
 - ✓ Adaptación de la terapia a las necesidades individuales
 - ✓ Los objetivos y metas dependen del análisis funcional individual
 - ✓ Mínimo de 10 sesiones (promedio de 20-25), con contacto semanal en los primeros 6 meses y quincenal después
 - ✓ Sesiones cortas (25-35 min.)
 - ✓ Resúmenes por escrito de lo tratado en cada sesión.

Proceso terapéutico

- Construir la alianza terapéutica / confianza (compromiso y evaluación).
- Normalizar y des-estigmatizar.



Formulación del caso y plan terapéutico



- Modificar los pensamientos automáticos.
- Implementar estrategias conductuales.
- Modificar esquemas (cogniciones nucleares).
- Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Tratar el abuso comórbido de drogas.
- Construir habilidades para prevenir recaídas.

Intervención sobre las ideas delirantes

- Terapia para los delirios (Chadwick, Lowe, Horne, & Higson, 1994; Fowler et al., 2009; Fowler & Morley, 1989; Kingdon & Turkington, 2005; Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández, & Lemos Giráldez, 2003)
 - ✓ Supuestos básicos sobre los delirios
 - Los pacientes con delirios son propensos al fenómeno de “reactancia psicológica”
 - No se debe exigir explícitamente al paciente que abandone las propias creencias y que adopte las del terapeuta.
 - Debe quedarle claro que sólo se le pide que considere los hechos y los argumentos aportados, y que contemple opiniones o explicaciones alternativas.
 - ✓ Procedimiento
 - Debate verbal: El terreno en el que se formula la discusión no es la creencia misma sino los datos en que ésta se basa.
 - Comprobación empírica: El terapeuta anima al paciente a que él mismo someta a prueba o intente argumentar contra sus propias creencias.
- El debate verbal
 - ✓ Identificación de pensamientos y sentimientos (grado de convicción).
 - ✓ Cuestionamiento de las evidencias o “hechos” en que se basan (comenzando por las creencias de menor importancia personal).
 - ✓ Análisis y valoración de la coherencia y lógica interna de las creencias.
 - ✓ Elaboración, a partir de las explicaciones alternativas, de un nuevo modelo personal que dé respuesta comprensible y adaptada socialmente.
 - ✓ Examen y comparación del delirio y el nuevo modelo, en función de la información disponible.
 - ✓ Proceso de indagación (diálogo socrático):
 - Comienzo con preguntas periféricas.
 - Tono de curiosidad sobre las creencias/opiniones delirantes
 - Invitación a investigar el fenómeno.
 - Exploración de los datos en que se apoyan las creencias.
 - Consideración de los datos que sostienen la creencia.
 - Aceptación de la hipótesis inicial del paciente (sin reforzarla).
 - Sugerir que no todas las personas piensan igual o que podrían sacar conclusiones distintas de los mismos datos.
 - Hacer una lista de datos a favor y en contra de la creencia delirante, en colaboración con el paciente.
 - Ayudar a que el paciente contemple explicaciones alternativas (absurdas o correctas).
- La comprobación empírica
 - ✓ Especificar claramente la inferencia a probar.
 - ✓ Hacer una predicción basada en la inferencia y revisar evidencias a favor y en contra.
 - ✓ Diseñar un experimento para comprobar la validez de la predicción.
 - ✓ Sacar conclusiones de la prueba realizada (es útil poner a prueba también la alternativa no delirante).
 - ✓ Comprobación de la validez de inferencias delirantes basadas en “conductas de seguridad” (con pruebas de realidad, siguiendo los mismos pasos).
 - ✓ Repetición mental de afirmaciones basadas en el sentido común (respuestas racionales).

Intervención en las alucinaciones auditivas

- Las experiencias perceptivas inusuales en la población general suelen ser transitorias y sólo en una pequeña proporción (8-10%) evolucionan hacia un trastorno psicótico (Kaymaz et al., 2012).
- En torno al 4% de la población experimenta alucinaciones de cualquier modalidad, que provocan diversas reacciones emocionales y comportamentales (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009).
- Entre el 25% y el 50% de quienes oyen voces no obtienen alivio de la medicación neuroléptica.
- Las creencias sobre las voces juegan un papel mediador sobre cómo se siente la persona y cómo les hace frente.
- Cuatro tipos de creencias son especialmente importantes:
 - ✓ *Identidad* (¿de quién es la voz?)
 - ✓ *Intención* (¿por qué me habla a mí y no a otros?)
 - ✓ *Omnipotencia* (¿qué grado de poder / influencia tiene la voz?)
 - ✓ *Control* (¿qué capacidad tengo para dominarla?)
- Las voces constituyen un problema psicológico si, y sólo si, crean problemas emocionales y conductuales.

Dando sentido a las voces

- Enfoque profesional: interpretación como síntomas de enfermedad/trastorno.
- Oír voces no es, en sí mismo, un signo de trastorno mental.
- Oír voces guarda relación con problemas en la historia personal.
 - ✓ Reacciones a problemas vitales (acontecimientos vitales traumáticos).
- Para recuperarse del malestar, la persona debe aprender a afrontar sus voces y los problemas que están en su origen.
 - ✓ El motivo de convertirse en un paciente psiquiátrico es no ser capaz de afrontar tanto las voces como los problemas que están en su origen.

Buscando significado a las voces

- Los alucinadores son o no son capaces de afrontar las voces, no por su contenido sino por la relación que establecen con ellas.
- Las voces hablan a la persona metafóricamente sobre sus vidas, emociones y circunstancias ambientales.
- Esta aceptación de las voces es fundamental para el crecimiento y la solución.
- Conviene escuchar las voces.
 - ✓ Contienen (y expresan) sentimientos, deseos, defectos, expectativas y opiniones.
 - ✓ No utilizan estrategias racionales, pero reaccionan a las frustraciones.
- Explorar qué sucedió en su vida.
 - ✓ Para entender que las voces aparezcan de manera tan negativa y frustrante.

Trabajo con las alucinaciones

- Evaluación
 - ✓ El objetivo de la evaluación es asistir al paciente a tener una perspectiva más objetiva del fenómeno y favorecer una explicación más racional de estos síntomas.
 - ✓ Beneficios de utilizar una escala, p. ej., PSYRATS (Drake, Haddock, Tarrier, Bentall, & Lewis, 2007):
 - Obtener información más amplia de las dimensiones de las alucinaciones para el plan de intervención.
 - Demostrar al paciente que su intensidad depende de los niveles de estrés, habilidades de afrontamiento utilizadas y otras influencias.
 - Tener una medida útil del progreso.

Técnicas de intervención

- Normalización de las experiencias alucinatorias.
- Registro diarios de las voces (frecuencia, intensidad, duración, contenido, ...)
- Modelo A-B-C (situación-experiencia-emoción).
- Desarrollo de explicaciones racionales (cuestionamiento, re-atribución de origen, estímulos desencadenantes, etc.).
- Estrategias de afrontamiento:
 - ✓ Distracción.

- ✓ Focalización.
- ✓ Abordaje de los esquemas y metacognición.
- ✓ Exposición gradual y prevención de respuesta.
- Técnicas de focalización, basadas en el sesgo de la discriminación de la realidad (Haddock, Bentall, & Slade, 1996; Morrison & Haddock, 1997; Morrison, Wells, & Nothard, 2000):
 - ✓ Focalización en las características físicas de las voces (número, intensidad, tono, acento, sexo, edad, localización, etc.).
 - ✓ En los factores desencadenantes de las voces.
 - ✓ En el contenido de las voces.
 - ✓ En los pensamientos relacionados con las voces (antes y después).
 - ✓ En el significado de las voces (identificación del sistema de creencias).
- Ganar poder y control sobre las voces.
 - ✓ Las voces conocen muy bien a la persona.
 - ✓ En consecuencia, no es válido rechazar las voces, sino estimular la curiosidad por lo que dicen.

Resumen de la Terapia Cognitivo-Conductual

- Elementos:
 - ✓ Construir la alianza terapéutica / confianza (compromiso y evaluación).
 - ✓ Normalizar y des-estigmatizar las experiencias psicóticas
 - ✓ Modificar creencias que interfieren con el funcionamiento:
 - Sobre los síntomas psicóticos (“Las voces pueden hacerme daño”)
 - Sobre expectativas derrotistas (“No va a resultar bien”)
 - Sobre la auto-eficacia (“Siempre fracaso”)
 - Sobre convicciones erróneas (“Los espíritus me harán daño”)
 - ✓ Modificar los pensamientos automáticos.
 - ✓ Abordar las alucinaciones
 - ✓ Mejorar la adherencia al tratamiento.
 - ✓ Tratar el abuso de drogas.
 - ✓ Construir habilidades para prevenir recaídas.
- Formato:
 - ✓ Individual / Grupal / Ambulatorio
- Recomendaciones:
 - ✓ Duración superior a 6 meses (> 24 sesiones)
- Dianas terapéuticas:
 - ✓ Reducir el malestar y disfunción producido por los síntomas positivos
 - ✓ Reducir la depresión y los síntomas negativos
 - ✓ Reducir la ansiedad social y mejorar el funcionamiento
 - ✓ Aumentar las conductas adaptativas
- Resultados:
 - ✓ Buena proporción coste/eficiencia en psicosis resistentes a la medicación
 - ✓ Reducen el estrés y mejoran discapacidades secundarias (baja autoestima, estigma)
 - ✓ En pacientes agudos, especialmente útiles para el manejo de las alucinaciones
 - ✓ La TCC es bien aceptada por los pacientes

En resumen, existe clara evidencia de lo siguiente:
a) la TCC puede reducir los síntomas psicóticos y el malestar que estos producen, en mayor medida que

LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (IPT) (RODER, BRENNER, HODEL, & KIENZLE, 1996; RODER, BRENNER, KIENZLE, & FUENTES, 2007)		
Subprogramas	Foco de intervención	Técnicas de intervención
Diferenciación cognitiva	Habilidades de atención y formación de conceptos	Clasificación de tarjetas Ejercicios con conceptos verbales
Percepción social	Análisis de estímulos sociales (mediante diapositivas)	Descripción e interpretación del estímulo social Discusión del sentido de la situación
Comunicación verbal	Habilidades de conversación	Ejercicios de repetición verbal Ejercicios de repetición de análogos Interrogantes Conversación sobre un tema de actualidad Conversación libre
Habilidades sociales	Competencia en habilidades sociales	Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades Role-play
Solución de problemas interpersonales	Aplicación de estrategias de solución de problemas interpersonales	Identificación y análisis de los problemas Pre-estructuración cognitiva Traspaso de la solución elegida a la vida real

la atención estándar o intervenciones de *counselling* no específicas; y b) el efecto de la TCC es algo menor sobre el humor depresivo o sobre el funcionamiento social.

Es todavía incompleta la evidencia respecto a las siguientes cuestiones: a) Si los delirios pueden modificarse más fácilmente que las alucinaciones, a través de la TCC; b) que los efectos positivos sobre los síntomas psicóticos se deben, específicamente, a la modificación de las creencias disfuncionales; y c) es probable que la influencia que tiene la TCC sobre los delirios se deba a la modificación producida en el *insight*.

Conclusiones sobre la IPT

- Un formato de tratamiento como el IPT es perfectamente aplicable desde nuestros entornos clínicos asistenciales.
- Se han obtenido beneficios del programa en neurocognición, cognición social, funcionamiento psicossocial y síntomas negativos, comparativamente con los grupos control (placebo y tratamiento estándar), y se mantienen los efectos positivos por encima de 8 meses.
- Las mejorías obtenidas tras la intervención decaen si la intervención no se sostiene en el tiempo.
- Intervenciones integrales en esquizofrenia producen mejorías integrales: mejores resultados cuando se administran todos los subprogramas de la IPT, sugiriendo que los subprogramas cognitivos y sociales tienen un efecto sinérgico en la mejora de la transferencia de la terapia en el tiempo y en la recuperación funcional.
- La IPT debe aplicarse desde una perspectiva de acompañamiento vital indefinida, considerando las variaciones en intensidad y momento de aplicación con cada caso individual.

CONCLUSIONES SOBRE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN LAS PSICOSIS

- En conjunto, son eficaces a corto y medio plazo, pero deben ajustarse a las fases del trastorno:
 - ✓ La Terapia familiar + Psicoeducación, para las situaciones de crisis.
 - ✓ Los enfoques conductuales puros (Economía de fichas), para los síntomas negativos.
 - ✓ La Terapia Cognitivo-Conductual, para los síntomas positivos, pobre *insight*, pobre cumplimiento, y en las fases tempranas del trastorno.
- Es conveniente una combinación pragmática, en cada caso:
 - ✓ Entrenamiento en Habilidades Sociales + Terapia Cognitivo-Conductual.
 - ✓ Entrenamiento en Habilidades Sociales + Psicoeducación.
- La combinación de tratamientos es imprescindible ante patología comórbida (abuso de drogas, depresión, TEPT, trastorno de la personalidad, etc.).
- La eficacia de las intervenciones depende, en gran medida, de factores no específicos:
 - ✓ Alianza terapéutica, para asegurar la adherencia.
 - ✓ Cambio de expectativas y aumentar la esperanza en la recuperación.

LIMITACIONES PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE APOYADOS

- Naturaleza de los pacientes utilizados en la investigación. Gran parte de los estudios fueron realizados con pacientes que presentan diagnósticos puros, sin comorbilidad.
- Resultados:
 - ✓ Predominan los estudios de eficacia con las medidas de síntomas, ingresos, recaídas, y no tanto con otras medidas relevantes para el paciente (recuperación):
 - El funcionamiento social, interpersonal, ocupacional.
 - La calidad de vida, autoestima, capacitación, autonomía y libertad.
 - Resultados subjetivos, cualitativos.
 - ✓ Seguimientos cortos, que pueden sobreestimar los resultados.
- Grupos de comparación utilizados (supuestamente equivalentes).
- La dificultad para investigar sobre las intervenciones psicológicas:
 - ✓ No existe intervención placebo, ya que todas tienen componentes activos, que reducen el tamaño del efecto de una intervención control.
- Replicaciones sobre programas enteros (existiendo, probablemente, ingredientes más importantes que otros, que deben determinarse).
- Desatención prestada a la competencia del terapeuta (como fuente de gran varianza).

REFERENCIAS

- Chadwick, P. D. J., Lowe, C. F., Horne, P. J., & Higson, P. J. (1994). Modifying delusions: The role of empirical testing. *Behavior Therapy, 25*, 35-49.
- Drake, R., Haddock, G., Tarrrier, N., Bentall, R. P., & Lewis, S. (2007). The Psychotic Symptom Rating Scales (PSY-RATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 89*, 119-122.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: A report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychological Medicine, 39*, 1627-1636.
- Fowler, D., & Morley, S. (1989). The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study. *Behavioural Psychotherapy, 17*, 267-282.
- Haddock, G., Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing of distraction? In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 45-70). London: Routledge.
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., Werbeloff, N., Weiser, M., et al. (2012). Do psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine, 42*, 2239-2253.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Morrison, A. P., & Haddock, G. (1997). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine, 27*, 669-679.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 67-78.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). *Family intervention for schizophrenia (Review)*. *The Cochrane Collaboration*. New York: Wiley.
- Psychiatric Rehabilitation Consultants. (1994). *Modules in the UCLA Social and Independent Living Skills Series*. (Available from Psychiatric Rehabilitation Consultants, PO Box 6620, Camarillo, CA 93011-6620, USA).
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*. Granada: Alborán Editores.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*, 179-195.