

5. Intervenciones psicológicas y psicosociales

5.1. Intervenciones familiares y psicoeducativas

Cuando un adolescente o un joven comienza a desarrollar un trastorno psicótico, como es la esquizofrenia, la familia juega un papel muy importante en ayudarlo a hacer frente al estrés y a conseguir sus objetivos en la vida (Mueser y Gingerich, 2006). Sin embargo, hay que tener presente que la paternidad (sea buena o mala) no es el único factor psicosocial o ambiental que influye en el desarrollo del trastorno, sino que otros muchos factores no biológicos probablemente también son importantes, como las relaciones con los compañeros, el consumo de alcohol o drogas, y los sucesos vitales estresantes. Esto significa que la terapia familiar puede no ser útil como estrategia preventiva, ya que, aunque haya habido intervenciones con una familia durante la infancia del hijo o hija, pudieran no amortiguar el desarrollo de la psicosis, debido a que otro tipo de factores ambientales suelen actuar como desencadenantes del trastorno.

Una vez diagnosticado un trastorno mental grave, la respuesta de las familias, al igual que ocurre ante cualquier enfermedad crónica depende de diversas circunstancias, como son el sistema de apoyo social del que dispongan; la experiencia previa que la familia haya tenido con la enfermedad y el conocimiento de la misma; las habilidades personales y la manera de afrontarla; la calidad de los servicios sanitarios disponibles y el acceso a los mismos; el nivel económico; el tipo de comienzo de la enfermedad (repentina vs. gradual, pública vs. privada, etc.); la naturaleza de los síntomas y el efecto que tiene en la convivencia; las demandas exigidas a los cuidadores; la aceptación o el rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico; y el curso y el pronóstico de la enfermedad.

Aunque los modelos de terapia familiar difieren en su orientación teórica (p. ej., cognitivo-conductual vs. amplias teorías de sistemas) y en su modalidad (p. ej., unifamiliar, multifamiliar o combinada), todos ellos son de larga duración (entre 9 y 24 meses) y comparten ciertas características, como son su ejecución por profesionales de la salud mental, su focalización en toda la familia (incluido el paciente), la educación sobre la esquizofrenia y su tratamiento, la enseñanza de estrategias para reducir el estrés y mejorar la comunicación y la solución de problemas, y su orientación hacia el futuro en vez de mirar al pasado.

Existe consenso, sin embargo, en que las intervenciones familiares en las psicosis deben combinar los siguientes ingredientes comunes: a) lograr el *compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa*; b) *educación sobre la esquizofrenia*, en torno al modelo de vulnerabilidad al estrés, dando información sobre las teorías etiológicas, las posibles variaciones en el pronóstico, justificación de motivos para los distintos tratamientos, y recomendaciones sobre cómo enfrentarse a las consecuencias del trastorno en la convivencia familiar; c) *entrenamiento en comunicación*, dirigido a mejorar la claridad de la comunicación en general, la expresión de emociones, y cómo dar *feedback* positivo y negativo dentro de la familia; d) *entrenamiento en solución de problemas*, dirigido a mejorar el manejo de las discusiones y de los problemas del día a día, el manejo de los sucesos estresantes concretos de la vida, y la generalización de habilidades de solución de problemas; y 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 (un ejemplo también se presenta en el Cuadro 5.1):

- Educación sobre las psicosis
 - Naturaleza de los síntomas psicóticos.
 - Síntomas comórbidos y dificultades asociadas.
 - Comprensión de la experiencia subjetiva al experimentar los síntomas.

- Etiología y pato-fisiología 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: emoción expresada.
 - 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.

Cuadro 5.1. Modelo de psicoeducación para familiares y pacientes

<i>Sesión</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Ejemplos de temas de preocupación para las familias</i>	<i>Ejemplos de temas de preocupación para los pacientes</i>
1	Psicosis: Causas, tipos y síntomas	<i>Síntomas:</i> ¿Cómo distinguir los síntomas negativos de la pereza? <i>Causas:</i> ¿Por qué enfermó nuestro hijo?, ¿qué hicimos mal? <i>Curso:</i> ¿Cómo va a evolucionar?, ¿qué será de él?	<i>Síntomas:</i> Trastornos cognitivos básicos: ¿por qué no me puedo concentrar? <i>Causas:</i> ¿Por qué enfermé? <i>Curso:</i> ¿Cuándo recuperaré mis capacidades mentales?, ¿acabaré en un centro psiquiátrico?
2	La vulnerabilidad: Factores de protección y de riesgo	¿Es la Emoción Expresada culpa nuestra?, ¿qué es eso del estrés?	¿Se pueden tomar dosis esporádicas o bajas de alcohol y drogas?, ¿ser vulnerable quiere decir inútil?, ¿qué puede hacer una persona vulnerable?
3	Tratamiento farmacológico y efectos secundarios	¿Qué hace la medicación?, ¿por qué no se quitan los síntomas del todo?, ¿durante cuánto tiempo tendrá que tomar medicación?	¿Cuántas veces recaeré?, ¿cómo me voy a comprometer con algo si ‘me va a venir en cualquier momento’?, ¿cómo lo puedo evitar?
4	Prevención de recaídas: Identificación de signos prodrómicos	¿Va a seguir recayendo?. ¿empeorará cada vez más?, cómo sabemos que está recayendo?, ¿tenemos que estar todo el rato pendientes?	
5	Cómo puede ayudarse la familia: Control de la carga familiar	Para todo esto sólo se cuenta con los de casa; ¿cómo reparto la carga? Sólo acepta mis cuidados, no quiere nadie más a su lado.	
6	Habilidades para la convivencia: Fijando metas y normas	Yo digo una cosa y mi marido otra. ¿Quién cambia ahora sus costumbres? Ya es demasiado tarde. Es inútil fijar reglas, hace lo que quiere.	

7	Habilidades básicas para una buena comunicación	¿Cuál es la mejor manera de decirle las cosas?, ¿se le puede contrariar?, ¿cómo tocamos los temas conflictivos?
8	Cómo afrontar situaciones especiales de convivencia	¿Cómo y para qué levantarse primero?, ¿qué hacemos con el dinero?, ¿qué pasa con los horarios?
9	Asociaciones de familiares y autoayuda	¿Para qué sirve la asociación?, ¿qué actividades realiza?
10	Recursos comunitarios y prestaciones	¿Qué ayudas existen: transporte, becas, pensiones, cursos, trabajo...? Los servicios sociales municipales.

Por otra parte, de acuerdo con Lam (1991), las terapias con los familiares de un paciente con psicosis requieren: a) *cooperación positiva y relación de trabajo genuina entre los familiares y los profesionales de la salud mental*, evitando culpabilizarles aunque cometan errores en el manejo de los problemas, respeto hacia sus propias necesidades y reconocimiento de la sobrecarga que supone convivir y cuidar al paciente; b) *proporcionar estructura y estabilidad*, mediante contactos regulares que aporten a la familia un plan asistencial y les dé seguridad; c) *centrarse en el 'aquí y ahora'*, en los problemas del día a día y en cómo la familia los afronta; d) *utilización de conceptos familiares*, estableciendo límites interpersonales e inter-generacionales claros y analizando el efecto que producen los distintos problemas; e) *re-estructuración cognitiva*, corrigiendo creencias erróneas y proporcionando a la familia una explicación del trastorno, evitando juicios morales; f) *metodología conductual*, trabajando 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 sesiones posteriores, y manteniendo expectativas realistas; y g) *mejorar la comunicación*, entrenando a las familias y haciendo que las expresiones sean claras y sencillas, y evitando intercambios emotivos entre los familiares.

Ensayos controlados aleatorizados de comparación entre intervenciones familiares con pacientes con esquizofrenia ingresados y ambulatorios, intervenciones conductuales largas frente a otras modalidades o la atención estándar con medicación, así como estudios sobre intervenciones familiares en culturas no occidentales o con grupos minoritarios de la población, han demostrado que son eficaces en la prevención de recaídas (Lemos Giráldez, Vallina Fernández, Fonseca Pedrero, Paino y Fernández Iglesias, 2012).

En síntesis, las características de las intervenciones familiares, así como los resultados obtenidos, se recogen a continuación:

- Elementos:
 - Psicoeducación (siguiendo el 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, mediante sesiones de recuerdo o atención a distancia.
- Objetivos o 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:
 - Las revisiones del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2008) sobre 38 estudios controlados, y de Cochrane (Pharoah, Mari, Rathbone y

Wong, 2010), sobre 53 estudios controlados y aleatorizados, revelan mayor eficacia cuando:

- Se utiliza un procedimiento estructurado.
 - Las intervenciones son llevadas a cabo por un equipo multiprofesional
 - Son intervenciones multifamiliares.
 - Contribuyen a la reducción de recaídas en un 50% y de rehospitalizaciones.
 - 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.
- La evidencia es, sin embargo, todavía incompleta respecto a si los efectos beneficiosos de la intervención familiar en la prevención de recaídas se extiende más allá de 2 años; a su eficacia a largo plazo en la reducción del malestar y la sobrecarga familiar; y al beneficio que produce en pacientes que conviven con familiares de baja Emoción Expresada.

5.2. 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 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 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*) (Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2006; Psychiatric Rehabilitation Consultants, 1994). Más información puede obtenerse en <http://psychrehab.com/>

El modelo inicial de Liberman y colaboradores incluye tres componentes necesarios para la competencia social: *receiving skills* (es decir, percepción social), *processing skills* (es decir, cognición social), y *sending skills* (es decir, respuestas conductuales) (Liberman et al., 1986). Aunque estos programas difieren en cuanto al lugar de implementación, duración y contenido, utilizan un enfoque similar en la enseñanza de las habilidades, incluyendo la fijación de objetivos, modelado, ensayo conductual, refuerzo positivo, *feedback* correctivo, y tareas para casa para practicar las habilidades y favorecer la generalización. La generalización puede suplementarse con la enseñanza de habilidades *in vivo*, en la comunidad, y mediante apoyo externo para su puesta en práctica en situaciones de la vida real

Un análisis de 19 ensayos controlados aleatorizados (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006) mostró efectos positivos en la adquisición de habilidades, la asertividad, el funcionamiento social y la psicopatología general. Por otra parte, Kurtz y Mueser (2008), revisaron 23 ensayos controlados aleatorizados y encontraron gran impacto en el dominio de los contenidos, moderado impacto en las habilidades sociales y de la vida diaria, en el funcionamiento social y en los síntomas negativos; y pequeño impacto aunque significativo en las recaídas y en otros síntomas.

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales incluye las siguientes características y resultados:

- 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, los beneficios no parecen equivalentes en todos los entornos.
 - Es limitada la generalización de los aprendizajes obtenidos en las sesiones terapéuticas, aunque 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.

5.3. *Terapia cognitivo-conductual*

Las terapias psicológicas aplicadas a las psicosis, y en particular la TCC, se basan en el carácter continuo de la psicopatología en la población general y en la aceptación del principio de que no existe una clara línea divisoria entre la psicosis y otros trastornos emocionales. Así, las creencias delirantes o las experiencias perceptivas alucinatorias son una exageración de las funciones normales, de modo que se diferencian de estas por el grado de convicción con el que se sostienen y el grado de preocupación o malestar que generan; y son fenómenos a veces también presentes en personas normales o, cuando menos, en personas sin diagnóstico de psicosis. Por otra

parte, los síndromes psicóticos son alteraciones que afectan a la percepción de uno mismo, del mundo y de las demás personas, con independencia de que subyazcan alteraciones neurobiológicas a dichas anomalías. De este modo, resulta justificado aplicar el modelo cognitivo genérico para comprender y tratar los fenómenos psicóticos.

El objetivo primario de estas intervenciones es reducir la gravedad de los síntomas o la interferencia que causan en el funcionamiento y, basándose en el Análisis Funcional de la Conducta, se pretende que el paciente se implique en el aprendizaje del modelo ABC para comprender los síntomas psicóticos: los antecedentes o desencadenantes que preceden a los síntomas; las creencias que tiene sobre los mismos; y las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que se derivan de ellos. Esto facilita la toma de conciencia y la modificación de los desencadenantes y enseña cómo hacer frente a las creencias inapropiadas o autoderrotantes mediante la reestructuración cognitiva, facilitando el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas. Se exploran, además, las estrategias que la persona utiliza de manera espontánea para manejar los síntomas psicóticos, aumentando aquellas estrategias infrautilizadas y enseñándole las más efectivas. El propósito no es solamente conseguir que el paciente admita que experimenta los síntomas y que mejore el *insight*, sino más bien reducir la gravedad de los mismos y el malestar asociado. La forma en que las personas interpretan sus propios síntomas (generalmente negativa y catastrófica) es más importante que las experiencias psicóticas mismas, a la hora de explicar el malestar y la discapacidad que generan; y es necesario aceptar que las experiencias psicóticas pudieran tener alguna función para la persona, que es necesario explorar y negociar en colaboración con ella,

La TCC aplicada a los síntomas psicóticos comparte, por lo tanto, muchas características con similares abordajes de los trastornos de ansiedad y depresión; si bien hay algunos aspectos diferenciales en su puesta en práctica (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.2. Comparación de la TCC aplicada a las psicosis y a trastornos de ansiedad y depresión.

<i>Características</i>	<i>Tradicional, en ansiedad y depresión</i>	<i>Adaptación a la psicosis</i>
<i>Duración</i>	15-22 sesiones, 3-4 meses.	Las sesiones pueden ser más frecuentes.
<i>Estructura</i>	Sesiones de 1 hora .	Sesiones cortas, de duración variable, (promedio de 40 m.).
<i>Agenda</i>	Sesión estructurada con una agenda, para optimizar el tiempo.	Similar, aunque la agenda puede incluir un único problema como objetivo.
<i>Orientación al problema</i>	Terapeuta y paciente se centran en definir y resolver los problemas presentes .	Similar.
<i>Perspectiva histórica</i>	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.
<i>Modelo de aprendizaje</i>	La conducta disfuncional es atribuida a un aprendizaje desadaptativo, donde el objetivo es re-aprender 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.
<i>Modelo científico</i>	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.
<i>Deberes para casa</i>	Se proponen tareas para la obtención de datos, la verificación de hipótesis y para la práctica de habi-	La obtención de datos ya es, en sí misma, terapéutica; p. ej., al debilitar los niveles de convicción, al hacer menos énfasis en las formas de

	lidades cognitivas.	pensamiento disfuncional, y al asignar a un cuidador clave como co-terapeuta.
<i>Colaboración</i>	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).
<i>Rol del terapeuta</i>	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.
<i>Diálogo socrático</i>	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 prodrómico y a los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. El objetivo importante consiste en llegar a una formulación compartida.
<i>Apertura</i>	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.

Los resultados de la TCC aplicada a los síntomas psicóticos son alentadores. El metaanálisis más amplio de 33 ensayos controlados aleatorizados (Wykes, Steel, Everitt y Tarrier, 2008) mostró que la TCC produjo tamaños del efecto significativos de rango moderado en la reducción de los síntomas psicóticos, de los síntomas negativos, y del trastorno del humor, y en la mejora del funcionamiento psicosocial. La TCC es también la única modalidad terapéutica recomendada por el *Patient Outcomes Research Team* (PORT) para los síntomas negativos (Dixon et al., 2010). Existe evidencia mixta sobre si la TCC es mejor que otros tratamientos psicológicos, pero sí parece que es bien tolerada por los pacientes con esquizofrenia.

El metaanálisis realizado por el NICE sobre 31 ensayos controlados aleatorizados que incluyeron 3052 pacientes con esquizofrenia, en donde se compararon los efectos de la TCC con otras modalidades terapéuticas o la atención estándar (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014a), demostró que la TCC fue efectiva en la reducción de las tasas de re-hospitalización en un seguimiento de 18 meses después del tratamiento, en la reducción de la gravedad de los síntomas medidos con la PANSS y la BPRS y en la mejora en el funcionamiento social en los 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento. Se demostró también efectividad limitada pero consistente en algunas medidas específicas de síntomas, como la frecuencia de las voces alucinatorias, las creencias sobre las voces y el cumplimiento o ejecución de los mensajes percibidos. Los efectos sobre la reducción de los síntomas negativos fueron consistentes, en seguimientos de hasta 24 meses después del tratamiento; pero los efectos sobre los delirios fueron algo más inconsistentes en dichos ensayos clínicos. Aunque no compararon directamente el efecto de la TCC de administración grupal e individual, las comparaciones indirectas indican que sólo la última tuvo efectos robustos en las re-hospitalizaciones, en la gravedad de los síntomas y en la depresión. Finalmente, se sugiere que la TCC puede ser una intervención costo-efectiva en psicosis resistentes a la medicación, por cuanto sus beneficios clínicos se mantienen o incluso aumentan más allá de 9 meses posteriores al tratamiento.

Se sintetizan a continuación las principales características y resultados de la TCC:

- 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 relación 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 que la TCC puede reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas psicóticos y, en particular, el malestar que estos producen, en mayor medida que la atención asistencial estándar o las intervenciones de *counselling* no específicas; y que el efecto de la TCC es algo menor sobre el humor depresivo o sobre el funcionamiento social.

Es todavía incompleta la evidencia respecto a si los delirios pueden modificarse más fácilmente que las alucinaciones, a través de la TCC; si los efectos positivos sobre los síntomas psicóticos se deben, específicamente, a la modificación de las creencias disfuncionales; y si la influencia que tiene la TCC sobre los delirios se debe a la modificación producida en el *insight*.

5.4. Rehabilitación cognitiva

El funcionamiento cognitivo es una dimensión independiente de las otras dimensiones positiva y negativa de las psicosis, y juega un papel determinante para el ajuste psicosocial, vinculándose de manera concreta y permanente con el funcionamiento social, ocupacional y laboral, llegando a ser un potente predictor de la rehabilitación. Los programas de rehabilitación cognitiva se basan en intervenciones con ordenador o con papel y lápiz, siguiendo alguna de las siguientes estrategias: a) repetición de ejercicios de tareas cognitivas básicas (atención, memoria, solución de problemas); 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.); 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); y e) trabajo en grupo sobre 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). Los principales procedimientos terapéuticos desarrollados son la Terapia de Remediación Cognitiva (*Cognitive Remediation Therapy*, CRT) (Wykes y Reeder, 2005) y la Terapia de Potenciación Cognitiva (*Cognitive Enhancement Therapy*, CET) (Hogarty y Flesher, 1999). Las

intervenciones varían en intensidad, la mayoría con 2 ó 3 sesiones semanales y una duración de entre 3 y 6 meses.

Un meta-análisis realizado sobre 40 estudios que incluyeron a 2.104 pacientes con esquizofrenia, refiere 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 social, pero se van atenuando en la sintomatología durante el seguimiento (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011).

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; y 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). Más recientemente, en un 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 general, estos programas de tratamiento tienen efectos significativos en la mejora cognitiva y en el funcionamiento social, aunque no parecen ser efectivos en la mejora de los síntomas negativos; pero su combinación con un componente social (p. ej., habilidades de cognición social, solución de problemas o formato grupal) pueden ser útiles para mejorar los síntomas negativos.

5.5. Tratamientos multimodales

La Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996; Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007) es el programa multimodal más utilizado y probado en pacientes con esquizofrenia. En su formato original, está concebido para ser aplicado en grupo, con orientación conductual, para la mejora de las habilidades cognitivas y sociales, e incluye cinco módulos o subprogramas (Cuadro 5.3).

Cuadro 5.3. Componentes de la Terapia Psicológica Integrada (IPT)

<i>Subprogramas</i>	<i>Foco de intervención</i>	<i>Técnicas de intervención</i>
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 <i>Role-play</i>
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

Los tres primeros (diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal) forman parte del bloque de rehabilitación cognitiva, y se dirigen específicamente a los déficits en 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. Los subprogramas 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 en la solución de los problemas interpersonales más complejos con los que pueden encontrarse en la vida diaria.

La aplicación de estos subprogramas debe adaptarse a las características de los pacientes; de modo que aquellos más deteriorados, con más sintomatología negativa y con importante déficit cognitivo, deben ser los destinatarios de los tres primeros módulos de tratamiento, mientras que aquellos con habilidades cognitivas más conservadas y con mayor movilidad social, se benefician 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.

En cada subprograma se va aumentando gradualmente las exigencias al individuo, avanzando desde tareas simples y previsibles hasta otras más difíciles y complejas; y, a su vez, 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.

Dos meta-análisis fueron llevados a cabo por los autores de la terapia (Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006; Roder, Mueller y Schmidt, 2011). En el primero, analizando 30 estudios con 1.393 pacientes, realizado por sus autores se concluye que la terapia completa tiene un efecto un 25% mayor que la aplicación de sus partes por separado; que el índice de abandono se situó en el 14.7%; que 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 que dicha superioridad se mantuvo en seguimientos realizados con una media de 8 meses. En el segundo meta-análisis, sobre 36 estudios realizados en 12 países en los últimos 30 años, con un total de 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 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.

La IPT produce mejores beneficios cuando se complementa con psicoeducación dirigida a ellos mismos y a sus familiares, y su eficacia es mejor cuando se aplica a pacientes ambulatorios de entre 18 y 40 años, sin consumo continuado de drogas, que conviven con su familia y cuando ésta se implica activamente en el tratamiento, que no haya pasado prolongados ingresos hospitalarios y que presenten un ligero o moderado déficit en funciones ejecutivas.

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, y que se pueden aplicar completamente al margen del resto de módulos de la terapia. En síntesis, las conclusiones sobre la IPT son las siguientes:

- Un formato de tratamiento como el IPT es perfectamente aplicable desde nuestros entornos clínicos asistenciales.

- Se han obtenido beneficios de los programas en neurocognición, cognición social, funcionamiento psicosocial 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 indefinido, considerando las variaciones en intensidad y momento de aplicación con cada caso individual.

5.6. Conclusiones sobre las terapias psicológicas en las psicosis

De todas las intervenciones psicológicas que se han puesto en práctica para mejorar la sintomatología psicótica, la TCC y el entrenamiento en habilidades sociales parecen tener, comparativamente, mayor apoyo empírico. No obstante, hay el doble de estudios aleatorizados y controlados con la TCC que con el entrenamiento en habilidades sociales. Hay diversos factores que pueden explicar las diferencias en la eficacia de ambos tipos de intervención; así, aunque no difieren en la duración, sí presentan diferencias en su estructura y formato, ya que el entrenamiento en habilidades sociales se lleva a cabo en grupo, mientras que la TCC es con más frecuencia un tratamiento individual. Otra diferencia radica en el contenido del tratamiento, ya que mientras que el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es mejorar el funcionamiento mediante habilidades ‘externalizadas’ (p. ej., habilidades expresivas, receptivas y conversacionales), la TCC se centra más en la interpretación y la manera de responder a experiencias internas (p. ej., los pensamientos y los sentimientos). Estas diferencias suelen afectar a los resultados en la puesta en práctica y en la mejora de las habilidades aprendidas; mientras que los tratados con entrenamiento en habilidades sociales pueden adquirir mayor destreza si disponen de recursos sociales, económicos y logísticos, los tratados con TCC pueden continuar practicando muchas de las habilidades aprendidas sin apoyo o recursos externos, de modo que la modificación de las creencias y esquemas negativos sobre uno mismo, el mundo y los demás, contribuyen a un cambio más duradero.

- En conjunto, las terapias psicológicas en las psicosis son eficaces a corto y medio plazo, pero deben ajustarse a las fases del trastorno:
 - Terapia familiar + psicoeducación, para las situaciones de crisis.
 - Los enfoques conductuales puros (economía de fichas), para los síntomas negativos en pacientes muy cronificados.
 - La TCC, para los síntomas positivos, pobre *insight*, pobre cumplimiento terapéutico, y en las fases tempranas del trastorno.
- Es conveniente una combinación pragmática, en cada caso:
 - Entrenamiento en habilidades sociales + TCC.
 - 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 también depende, en gran medida, de factores no específicos:
 - Alianza terapéutica, para asegurar la adherencia.
 - Cambio de expectativas y aumentar la esperanza en la recuperación.

Los estudios realizados sobre la eficacia de las terapias psicológicas en las psicosis no están exentos de limitaciones, entre las que se señalan las siguientes:

- 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).