

# MANUAL OPOSICIÓN

DEL PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE

# PIR

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**Tratamientos Psicológicos**

## **Tema 8. Tratamiento de la esquizofrenia**

### **1. Tipos de tratamientos**

**1.1. Tratamiento de síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones**

**1.2. Rehabilitación de los déficits cognitivos**

**1.3. Entrenamiento en habilidades sociales**

**1.4. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria**

**1.5. Intervención familiar**

**1.6. Tratamiento de las alteraciones emocionales**

**1.7. Prevención de recaídas**

**1.8. Paquetes integrados multimodales**

**1.8.1. Nuevos desarrollos en el tratamiento psicológico  
integrado de la esquizofrenia**

### **2. Eficacia, efectividad y eficiencia**

**2.1. Tratamiento de síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones**

**2.2. Rehabilitación de los déficits cognitivos**

**2.3. Entrenamiento en habilidades sociales**

**2.4. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria**

**2.5. Intervención familiar**

**2.6. Paquetes integrados multimodales**

**2.7. Prevención de recaídas**

**2.8. Conclusiones sobre los tratamientos psicológicos de la  
esquizofrenia**

### **1. Tipos de tratamientos**

La intervención terapéutica en esquizofrenia debe abarcar todas aquellas áreas que se encuentren deficitarias o alteradas en el paciente. A continuación se revisan los procedimientos terapéuticos por áreas.

## **1.1. Tratamiento de síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones**

Para el tratamiento de los delirios se utilizaron estrategias puramente conductuales, como la extinción y el reforzamiento social de los temas no delirantes (Ayllon y Hanghton, 1964; Liberman y cols., 1973). Los resultados indicaban la reducción de las conversaciones con contenidos delirantes, aunque se desconocía si esto implicaba la desaparición de este tipo de ideas.

Partiendo de los modelos cognitivos se ha desarrollado un modo de intervención que evita la confrontación directa con la idea delirante. El procedimiento propuesto (Chadwick y Lowe, 1990 y 1994) se basa en: la provocación del pensamiento delirante, el análisis de la evidencia de cada creencia, la identificación del sesgo cognitivo subyacente y el debilitamiento de dicho pensamiento delirante a través de la búsqueda de evidencia empírica en contra de las creencias. Normalmente se comienza por las ideas más periféricas del delirio y que menos resistencia provocan en el paciente, para ir avanzando de forma gradual hacia el núcleo de la idea delirante. Estos procedimientos producen una reducción significativa en la convicción del delirio en número importante de pacientes (Garety y cols., 1994; Kingdon y Turkington, 1994).

Se han ensayado como tratamientos psicológicos de las alucinaciones técnicas operantes, parada del pensamiento, procedimientos distractivos o de supresión verbal como escuchar música o contar mentalmente, autoobservación, terapia aversiva, llevar auriculares, etc. Los modos de acción de estas intervenciones pueden dividirse en tres grupos: a) técnicas que promueven la distracción de las voces; b) técnicas que promueven la focalización en las voces, y c) técnicas que persiguen reducir la ansiedad.

En opinión de Bentall, Haddock y Slade (1994), las técnicas de distracción, aun siendo útiles para algunos pacientes, sólo producen efectos transitorios al no dirigirse al problema central del sesgo cognitivo implicado, atribuir sucesos autogenerados a una fuente externa. Estos autores predicen que las técnicas de focalización, en las que el requisito esencial es que los alucinadores identifiquen las voces como propias, deberían producir efectos más duraderos. Para ello han diseñado un procedimiento de intervención que pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado mediante la gradual reatribución de las voces a uno mismo.

El procedimiento se desarrolla en tres fases:

- a) Solicitar que el paciente dirija la atención a la forma y características físicas de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio, y las someta a discusión en la sesión de terapia.
- b) Teniendo en cuenta que el contenido suele reflejar sus preocupaciones y ansiedades, una vez el paciente se siente cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, se le solicita que preste atención a su contenido (por ejemplo, escribiéndolo o sometiéndolo a discusión en la sesión de terapia). Al mismo tiempo, se le pide que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa.
- c) Debe atender a sus creencias y pensamientos respecto a las voces; 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 tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces compartido entre el terapeuta y el paciente y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación normalmente desemboca en la aceptación de que las voces son

autogeneradas, en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental.

Los resultados iniciales muestran que se trata de un programa de tratamiento muy beneficioso para algunos pacientes (Bentall, Haddock y Slade, 1994; Haddock, Bentall y Slade, 1993).

Jackson y Chadwick (1997) proponen un procedimiento similar pero centrado en las creencias que tiene el individuo acerca de las voces. Se le explica al sujeto cómo el malestar asociado a las alucinaciones está generado por las creencias que tiene de éstas. Se va revisando cada una de las creencias del sujeto acerca de la alucinación. Después el terapeuta cuestiona cada una de estas creencias y da explicaciones alternativas, explicando al paciente que estas creencias son una forma entender el sentido de las alucinaciones. Posteriormente se comprueba de forma empírica la veracidad de estas creencias. Los resultados indican una reducción significativa de las alucinaciones (Chadwick y Birchwood, 1994) con este procedimiento.

La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de las ideas delirantes incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, fomentar la automonitorización de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta e identificar los sesgos de pensamiento (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Kingdon y Turkington, 1994).

Existe una importante cantidad y variedad de terapias cognitivo-conductuales aplicadas a la psicosis: la terapia cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler, Garety y Kuipers (1995), la terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick, Birchwood y Trower (1996), la terapia conductual de Kingdon y Turkington (Kingdon y Turkington, 1994), las estrategias de potenciación de afrontamiento para alucinaciones y

delirios (Yusupoff y Haddock, 1998; Yusupoff et al., 1996; Yusupoff y Tarrier, 1996) y la terapia de cumplimiento (Kemp, Hayward y David, 1997). Todas ellas son altamente estructuradas, variando su duración y frecuencia entre sesiones de acuerdo con la gravedad de los problemas de los pacientes. Se pueden extraer muchos elementos comunes de las diferentes opciones terapéuticas. Rector y Beck (2002) establecen una guía sobre la estructura general de la terapia cognitiva para la esquizofrenia, que se puede presentar como el tronco común de estos tratamientos.

### Estructura general de la terapia cognitiva para la esquizofrenia (Rector y Beck, 2002)

1. Establecimiento de la alianza terapéutica: <ul style="list-style-type: none"><li>• Aceptación, apoyo y colaboración.</li></ul>
2. Desarrollar y priorizar la lista de problemas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas (p. ej. de irris, alucinaciones, aislamiento, baja motivación).</li><li>• Metas vitales (p. ej. trabajar, formarse, relacionarse, vivir autónomamente).</li></ul>
3. Psicoeducación y normalización de los síntomas de la psicosis: <ul style="list-style-type: none"><li>• El papel del estrés en la producción de síntomas.</li><li>• Discutir los aspectos biopsicosociales de la enfermedad.</li><li>• Reducir el estigma por medio de la educación.</li></ul>
4. Desarrollar una conceptualización cognitiva: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar las conexiones entre pensamientos, sentimientos y conducta.</li><li>• Identificar temas subyacentes en la lista de problemas.</li><li>• Compartir la formulación y el enfoque cognitivo con el paciente.</li></ul>
5. Técnicas cognitivas y conductuales para tratar los síntomas positivos y negativos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar el cuestionamiento socrático.</li><li>• Evaluar y reformular las creencias.</li><li>• Sopesar las evidencias.</li><li>• Explicaciones alternativas.</li><li>• Experimentos conductuales.</li><li>• Elicitar creencias sobre el yo.</li><li>• Investigar la jerarquía de miedos y de celos.</li><li>• Utilización de imágenes.</li><li>• Utilizar role-play.</li></ul>
6. Estrategias cognitivas y conductuales para tratar la depresión y la ansiedad comórbida: <ul style="list-style-type: none"><li>• Adaptar las técnicas de terapia cognitiva estándar para la ansiedad y la depresión.</li><li>• Evaluar y reestructurar las creencias relacionadas con la ansiedad y con la depresión.</li><li>• Centrarse en las interpretaciones erróneas.</li><li>• Utilizar ejercicios de relajación.</li><li>• Utilizar ejercicios de exposición y programas de actividades.</li></ul>
7. Prevención de recaídas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar situaciones de alto riesgo.</li><li>• Entrenamiento en habilidades.</li></ul>
8. Establecer un plan de acción, paso a paso, para abordar los retrasos.

Una excepción es la terapia de cumplimiento, que se desarrolló para las unidades de atención de pacientes agudos y cuyos objetivos se dirigen específicamente a conseguir una óptima adherencia al tratamiento farmacológico y secundariamente al desarrollo de un adecuado nivel de

insight (Hayward, Kemp y David, 2000). El resto de las intervenciones tienen como objetivos principales reducir la angustia y la interferencia con el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y promover en el individuo una comprensión de la psicosis que permita su participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la incapacidad social que habitualmente genera la esquizofrenia. Estas intervenciones, con las variantes específicas de cada terapia, comparten las siguientes etapas y componentes (Garety, Fowler y Kuipers, 2000):

- a) Enganche y evaluación. La construcción y mantenimiento de la relación terapéutica, estableciendo una aproximación flexible que acepte las emociones y las creencias del paciente y que partiendo de su perspectiva, desde una óptica de “empirismo colaborador”, evite el desafío directo y la descalificación, determina el curso y el éxito de la terapia.
- b) Desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales. Consiste en enseñar al paciente estrategias de afrontamiento con el fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas psicóticos residuales y sus consecuencias emocionales.
- c) Desarrollar una nueva comprensión de la experiencia de la psicosis. Desde una perspectiva psicoeducativa y de explicación normalizadora de la psicosis, se exploran las experiencias personales de la disfunción y el actual conocimiento y explicación de la enfermedad del paciente y se formula una explicación que identifique sus factores de vulnerabilidad, los acontecimientos estresantes que pueden haber precipitado los episodios y los procesos que puedan estar manteniendo los actuales síntomas, construyendo un nuevo modelo de explicación personal de psicosis que facilita el desarrollo de conductas y cogniciones que ayudan a manejar la enfermedad, prevenir las recaídas y mejorar el funcionamiento general.

- d) Trabajar sobre los delirios y las alucinaciones. Los síntomas positivos se pueden abordar desde una estrategia socrática y a través de técnicas psicológicas de potenciación de afrontamiento, que introduzcan un proceso sistemático de colaboración, enseñanza y entrenamiento en identificación de creencias y procesos cognitivos alterados, de obtención de evidencias sostenedoras de las creencias disfuncionales sobre uno mismo, sus experiencias internas o el entorno, de desafío verbal de las mismas, de reformulación del delirio como una respuesta explicable y una forma de dar sentido a experiencias específicas y de pruebas de realidad cuidadosamente empleadas.
- e) Trabajar con el afecto y con las autoevaluaciones negativas. Abordar las evaluaciones personales negativas y las principales áreas de preocupación interpersonal se hace fundamental, por su relación con los procesos de autoestima, desmoralización y descontrol, ansiedad y depresión y por su papel mantenedor en los delirios y las alucinaciones.
- f) Manejar el riesgo de recaída y la incapacidad social. Supone el conocimiento de las características personales de vulnerabilidad que pueden desencadenar un futuro episodio psicótico y el entrenamiento en identificación de signos y síntomas que advierten de una posible recaída y su tratamiento precoz.

## **1.2. Rehabilitación de los déficits cognitivos**

Se aprecian dos posturas respecto al tratamiento de los déficits cognitivos. La primera postura defiende la necesidad de rehabilitar directamente el funcionamiento cognitivo, dado que es posible que los déficits cognitivos estén en la base de los trastornos de conducta que presentan los pacientes, bien porque interfieren en la puesta en marcha de determinadas habilidades, o bien porque facilitan la aparición de síntomas negativos que según algunos

autores constituyen una forma de compensar los déficit en el filtrado de la información y de hacer frente a la sobreestimulación a la que se ven sometidos como consecuencia de ello (Cornblatt y Kleip, 1994; Hemsley, 1992, 1995).

Dentro de esta postura se encuentra el programa de Adams y cols. (1981) y el de Benedecit y cols. (1989). También se está trabajando en la aplicación a pacientes con esquizofrenia de programas de rehabilitación que se han mostrado eficaces con pacientes que presentaban lesiones cerebrales como el Entrenamiento en el Proceso Atencional de Sohlberg y Mateer (1986).

La segunda postura terapéutica sostiene que no es necesario rehabilitar directamente el funcionamiento cognitivo, ya que es posible que con tratar el aspecto funcional del problema se rehabilitaría indirectamente (Bellack, 1992; Hogarty y Flescher, 1992; Liberman y Green, 1992; Spring y Raudim, 1992). Estos autores defienden que un programa bien estructurado de rehabilitación psicosocial que incluyese entrenamiento en habilidades sociales, en solución de problemas, en habilidades de la vida cotidiana, etc., produciría de forma indirecta cambios en el funcionamiento cognitivo sin que haya necesidad de un entrenamiento específico. Además señalan que quizá sea más adecuado enseñar a los pacientes estrategias para compensar los déficit que intentar rehabilitarlos.

Ambas posturas no son excluyentes y muchos programas de rehabilitación las combinan, comenzando por un entrenamiento directo de las funciones alteradas y pasando posteriormente a un entrenamiento más global, con actividades de la vida cotidiana que pongan en marcha la función entrenada. Un ejemplo de este acercamiento es la Terapia Psicológica Integrada (Brenner y cols., 1992; Roder y cols., 1996), un programa estructurado compuesto por 5 subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. El programa está orientado al tratamiento tanto de los

trastornos cognitivos (de atención, memoria y comunicación verbal) típicos de la esquizofrenia, como al de los déficit de la conducta social. Está jerárquicamente organizado, ya que los autores consideran que es necesario desarrollar los procesos cognitivos básicos para poder desarrollar después conductas de interacción más complejas. Los tres primeros módulos están más directamente dirigidos a mejorar el funcionamiento cognitivo.

El módulo de diferenciación cognitiva consta de tres etapas. La primera tiene como objetivo mejorar los procesos atencionales a través de ejercicios con tarjetas, donde se le pide al sujeto que seleccione entre un conjunto grande de tarjetas, todas las que poseen unas determinadas características. La segunda está dirigida a trabajar la memoria semántica y el pensamiento abstracto y asociativo, mediante ejercicios como nombrar palabras relacionadas con una palabra previamente dada, decir sinónimos y antónimos, etc. El objetivo de la tercera etapa es desarrollar estrategias ejecutivas adecuadas de búsqueda de conceptos, para ello el terapeuta selecciona un objeto y los participantes del grupo deben adivinar de qué objeto se trata, mediante preguntas a las que el terapeuta sólo puede contestar sí o no.

El módulo de percepción social está dirigido a mejorar la atención selectiva, ya que los pacientes con esquizofrenia se distraen muy fácilmente porque tienen dificultades para focalizar la atención y para descartar los estímulos irrelevantes, por lo que son desbordados cuando hay demasiada información, lo que sucede especialmente en situaciones sociales donde existe una multiplicidad de estímulos cambiantes (mímica, gestos,...) y en situaciones con alto contenido emocional. El entrenamiento en percepción social se basa en la utilización de una serie de diapositivas que describen situaciones sociales. Éstas varían según su nivel de complejidad (cantidad de estímulos que contiene) y carga emocional. El entrenamiento se divide en tres etapas. La primera consiste en la descripción de las diapositivas, la segunda implica dar una interpretación social de lo que pasa, y la tercera,

que supone un nivel de abstracción muy superior consiste en dar un título a la imagen.

El tercer módulo es el de comunicación verbal. Su primer objetivo es modificar las alteraciones en el lenguaje a través de tareas de escucha, repetición de preguntas y respuestas, y comunicación libre.

El programa está diseñado para ser aplicado a grupos de entre 5 y 7 pacientes, con sesiones que oscilan entre 30 y 60 minutos, según los subprogramas y el momento de entrenamiento en que se encuentre, con una periodicidad de tres veces por semana. Cada subprograma está concebido con dificultad creciente a medida que se progresa en la terapia, respecto a la complejidad de las tareas y el grado de estructuración de las mismas.

### **1.3. Entrenamiento en habilidades sociales**

La aplicación del entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia ha seguido la estructura clásica del entrenamiento en habilidades sociales: instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y tareas para casa, tratando de ajustar dichos procedimientos a las características de estos pacientes.

Este tipo de entrenamiento puede realizarse tanto de forma individual como grupal, aunque normalmente se adopta el formato grupal, que parece ser ventajoso porque potencia las interacciones sociales, proporciona más modelos, y permite más posibilidades a la hora de realizar role-playing, u otro tipo de práctica (Mueser, 1997).

Los contenidos entrenados varían según los autores pero en general todos incluyen: habilidades conductuales básicas (contacto ocular, postura, tono de voz, etc.), habilidades conversacionales (iniciar y mantener conversaciones, expresar quejas, etc.) y habilidades de solución de

problemas (percepción correcta de la situación y selección de la respuesta apropiada) (Tower, Bryant y Argyle, 1978; Liberman, 1993; Liberman, DeRisi y Mueser, 1989). Se insiste en no limitarse sólo a enseñar las habilidades, sino facilitar su entrenamiento con situaciones de la vida cotidiana que impliquen conductas complejas, y por lo tanto la integración y secuenciación de distintas habilidades.

Muchos autores incluyen el entrenamiento en solución de problemas sociales en el entrenamiento en habilidades sociales, otros lo entrenan de forma independiente, aunque en estrecha relación. La Terapia Psicológica Integrada de Roder y cols., (1996) incluye un subprograma de Habilidades Sociales y otro de Resolución de Problemas Interpersonales. En este último se presentan diapositivas con los contenidos de las situaciones problemas que son objeto de entrenamiento. Primero se entrenan problemas estandarizados y después se concentran en los problemas personales y/o de los miembros del grupo. Las diapositivas presentan situaciones cada vez más complejas. Se utilizan técnicas de solución de problemas junto con técnicas de exposición prolongada del material presentado, con el objetivo de desensibilizar y neutralizar las emociones presentes en el afrontamiento de las situaciones problemáticas, dado que éstas dificultan la puesta en marcha de habilidades de afrontamiento.

Para eliminar el problema de la generalización de los resultado, Liberman (2002) diseñó el entrenamiento en habilidades amplificadas en vivo (In vivo amplified skills training IVAST). Además, busca acelerar el funcionamiento autónomo y reducir el alto nivel de dependencia que los enfermos mentales severos mantienen de sus tutores, mediadores comunitarios u otros terapeutas. Para ello, el terapeuta promueve el contacto con otros terapeutas que estén atendiendo al paciente, con miembros de su familia y con distintas administraciones y asociaciones con las que esté en contacto o que le pueda ser útil; todo ello con el propósito de crear oportunidades, animarle y

reforzar el uso de aquellas habilidades que le permiten desarrollar una vida independiente. Cada sesión está basada en seis tareas:

1. Ofrecer sesiones de refuerzo que utilicen técnicas conductuales como el modelado, ensayo conductual, desvanecimiento, entrenamiento y refuerzo positivo, para promover un mantenimiento más duradero de las habilidades del paciente.
2. Animar al paciente a mantener la responsabilidad principal para conseguir sus metas, presentando a su entrenador como un consultor que le ayuda a conseguir su autonomía.
3. Ayudar al paciente a identificar los recursos y oportunidades que le permitan dotarse de los apoyos necesarios para desarrollar sus habilidades de vida independiente.
4. Acercarse a cada situación comunitaria desafiante desde una orientación formal de solución de problemas.
5. Seleccionar las habilidades de cada módulo que son más relevantes para la vida del paciente y llevarlas a cabo en su ambiente natural.
6. Asignar tareas para casa con el IVAST añadidas a las tareas para casa del módulo clínico que se entrene, reforzando la utilización de las habilidades en escenarios comunitarios.

El trabajo experimental parece validar lo adecuado del IVAST para facilitar la transferencia del entorno clínico al real, así como para mejorar el ajuste del funcionamiento social del paciente en sus principales roles sociales e instrumentales y en su calidad de vida total (Glynn et al., 2002).

#### **1.4. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria**

El procedimiento seguido en el entrenamiento de las habilidades de la vida diaria implica la secuencia de: instrucciones, modelado, ensayo conductual,

feedback y práctica en la vida real. Todos los programas insisten en la utilización del refuerzo material y social, y de hecho la economía de fichas se ha utilizado con éxito en el entrenamiento de este tipo de habilidades (Curran, Faraone y Dow, 1985). En muchas ocasiones, los déficit en los hábitos de autocuidado son una manifestación de la sintomatología negativa del paciente. En estos casos a menudo hay que hacer frente a la falta de actividad total por parte del paciente, por lo que previamente habrá que utilizar técnicas dirigidas a aumentar el nivel de actividad.

Normalmente estos programas también inciden en dotar al sujeto de estrategias que le permitan hacer frente a los problemas imprevistos que se le puedan presentar, para ello suele ser útil entrenar al paciente en solución de problemas, a través del esquema propuesto por D'Zurilla y Goldfried.

El entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977) suele ser de utilidad ya que ayuda al sujeto a planificar y autodirigir la acción. Un ejemplo de este tipo de programas lo constituye el propuesto por Liberman (1991). El programa está formado por diversos módulos (organización del tiempo libre, manejo de los síntomas de la enfermedad, automanejo de la medicación, higiene y cuidado personal, manejo del dinero, acceso y mantenimiento de una vivienda, búsqueda de empleo, solución de problemas interpersonales, habilidades conversacionales básicas), cada uno de ellos subdividido en diferentes áreas. Está diseñado para ser aplicado tanto de forma individual como grupal, y dispone de material escrito (manual para el entrenador y para el paciente) y audiovisual (vídeos en los que se muestran las distintas habilidades). Se aconseja realizar un mínimo de dos sesiones semanales, de una hora de duración, estimándose que el entrenamiento de cada módulo puede llevar entre tres y cuatro meses.

## 1.5. Intervención familiar

Se han desarrollado diferentes modelos terapéuticos de intervención familiar, entre ellos destacan: el paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff (Kuipers, Leff y Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sugeon, 1982), el modelo psicoeducativo de Anderson (Anderson et al., 1986), las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Barrowclough y Tarrier, 1992; Tarrier y Barroclough, 1995) y la terapia conductual familiar de Falloon (Falloon et al., 1985; Falloon, Laporta, Fadden y Graham-Hole, 1993).

Estos modelos psicoeducativo-conductuales no configuran un grupo homogéneo de intervención y manifiestan una considerable variación en el énfasis que dan a cada uno de los componentes del tratamiento y en cuanto al grado de estructuración del proceso. Sin embargo, comparten elementos esenciales para alcanzar la eficacia terapéutica, que Lam (1991) resumió en los siguientes:

- a) *Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias*, evitando culpabilizarlas, respetando sus propias necesidades y recursos de afrontamiento, reconociendo la sobrecarga que les supone cuidar del familiar enfermo y enseñándoles las mejores maneras de abordar los problemas.
- b) *Proporcionar estructura y estabilidad*, fijando un plan terapéutico con contactos regulares que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude a superar la sensación de descontrol e impredecibilidad generada por la esquizofrenia y desarrollando climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.
- c) *Centrarse en el “aquí y ahora”*, trabajando con los problemas y con el estrés concretos que encaran las familias, analizando las

relaciones mutuas e identificando sus estilos individuales de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles.

- d) *Utilización de conceptos familiares*, estableciendo límites interpersonales e inter-generacionales claros y una visión de la familia como un todo, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario.
- e) *Reestructuración cognitiva*, intentando proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento.
- f) *Aproximación conductual*, centrando el trabajo clínico bajo una estructura de solución de problemas, en evaluar los recursos y necesidades de la familia, establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales, establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas.
- g) *Mejorar la comunicación*, poniendo especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico, por medio de ensayos de conducta previamente detallados, modelado, feedback, práctica repetida y generalización.

Diferentes revisores (Dixon, Adams y Lucksted, 2000; Dixon y Lehman, 1995; Lam, 1991; Penn y Mueser, 1996; Tarrier y Barrowclough, 1995) señalan que las diferentes intervenciones incluyen, en diferentes combinaciones, psicoeducación, solución de problemas, entrenamiento en manejo de la enfermedad, apoyo familiar e intervención en crisis, radicando las diferencias en la forma de aplicación (en grupo o individualmente), lugar (en el hogar o en el entorno clínico), en presencia o no del paciente, duración de la intervención y fase de la enfermedad.

Quizá el programa que ha tenido mayor impacto, dando lugar a diversas adaptaciones, es el de Falloon y colaboradores (Falloon y cols., 1982; Falloon y Liberman, 1983; Falloon, Body y McGuill, 1984). Los principales componentes del programa son los siguientes: establecimiento de una alianza terapéutica con la familia, evaluación conductual de cada individuo y de la familia en su conjunto, psicoeducación sobre la enfermedad y su manejo, entrenamiento en habilidades de comunicación (verbal y no verbal), entrenamiento en resolución de problemas, adiestramiento en técnicas conductuales especiales.

### **1.6. Tratamiento de las alteraciones emocionales**

Para el tratamiento de los síntomas (alteraciones del estado de ánimo, sentimientos de ansiedad, soledad, hostilidad, etc.) que pueden aparecer asociados a los síntomas típicos de la enfermedad pueden ser de utilidad las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el manejo de la ansiedad, la ira o la depresión.

### **1.7. Prevención de recaídas**

Los programas diseñados para prevenir las recaídas se han centrado en cuatro objetivos (De León, Mueser y Kim, 1996): reducción del estrés, aumento de la cooperación en la toma de medicación, restricción del uso de drogas, entrenamiento del paciente y sus familiares en la identificación y control de los pródromos.

### **1.8. Paquetes integrados multimodales**

Partiendo del supuesto de que los pacientes con esquizofrenia muestran deficiencias en diferentes niveles funcionales de organización de la conducta (nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel microsociedad y nivel macrosociedad), de que las deficiencias en un nivel pueden perjudicar

funciones de otros niveles y de que los diferentes niveles guardan una relación jerárquica entre sí, Brenner et al. desarrollaron un modelo de penetración que sirvió de fundamento para la explicación de la conducta esquizofrénica y para el desarrollo de una terapia psicológica integrada, la IPT (Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Roder et al., 1996), a la que ya se ha hecho referencia más arriba.

### Sinopsis de la IPT (Hodel y Brenner, 1994)

Subprograma	Foco de intervención	Técnicas de intervención
Diferenciación cognitiva	Habilidades de atención Formación de conceptos	Clasificación de tarjetas Ejercicios de conceptos verbales
Percepción social	Análisis de estímulos sociales	Descripción del estímulo social. Interpretación del estímulo social. Discusión del sentido de la situación.
Comunicación verbal	Habilidades de conversación	Ejercicio de repetición verbal. Ejercicio de repetición de análogos. Interrogantes. Conversación sobre un tema de actualidad. Conversación libre.
Habilidades sociales	Competencia en habilidades sociales	Preestructuración 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. Preestructuración cognitiva. Traspaso de la solución elegida a situaciones de la vida real.

### **1.8.1. Nuevos desarrollos en el tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia**

Andres et al. (2001) clasifican los avances dentro del ámbito de los tratamientos integrados para la esquizofrenia en tres nuevas modalidades terapéuticas que se exponen a continuación.

#### Entrenamiento en el manejo de emociones (EMT)

Este programa va destinado a reducir la influencia de estados emocionales perturbadores en el funcionamiento cognitivo y social. Está estructurado en ocho pasos, comienza con la descripción de las emociones por el paciente y avanza desde el análisis de sus estrategias de afrontamiento espontáneas hasta la adquisición de formas de afrontamiento específicas.

#### Programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales (WAF)

Programa diseñado para completar la IPT y tratar de solventar el problema de la pobre generalización y transferencia de las habilidades adquiridas, de entrenamiento a la vida cotidiana en la comunidad. Se trata de tres programas 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 y que están dirigidos a proporcionar entrenamiento en habilidades en tres áreas vitales clave: ocio, vivienda y empleo, para optimizar los resultados de los procesos de rehabilitación en la esquizofrenia (Roder et al., 2001; Roder et al., 2002). La estructura de la terapia es común para los tres, consistiendo en cuatro etapas: 1) clarificar las necesidades personales y entrenar en los recursos disponibles; 2) obtener las metas personales para una posterior estructuración de las situaciones de trabajo; 3) entrenamiento en habilidades sociales para implementar las metas propuestas y 4) afrontamiento de las dificultades surgidas en el ambiente de trabajo. En cada una de esas etapas

se produce una aplicación de diversas técnicas cognitivo-conductuales en cuatro tipos de formatos: entrenamiento en grupo, sesiones individuales, ejercicios en vivo y tareas para casa. El centro de las intervenciones son las principales necesidades y dificultades de los pacientes.

#### Programa de tratamiento orientado al afrontamiento

Esta modalidad de tratamiento está orientada hacia el afrontamiento y está basada en los programas psicoeducativos y en los resultados de las investigaciones sobre las conductas de afrontamiento que utilizan los pacientes esquizofrénicos (Schaub et al., 1997; Andres et al., 2000). Consta de cuatro partes: la primera consiste en proporcionar información sobre la enfermedad; la segunda consiste en definir el estrés en sus diversas variantes, seleccionar las distintas situaciones de estrés personal y entrenar distintas conductas de afrontamiento adecuadas; la tercera se centra en la salud en general y en el desarrollo de conductas saludables, y la última consiste en sesiones psicoeducativas con los familiares, dirigidas a informarles sobre el trastorno y su tratamiento y aliviar el estrés que supone convivir con esta enfermedad (Andres et al., 2000).

## **2. Eficacia, efectividad y eficiencia**

### **2.1. Tratamiento de síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones**

*Eficacia.* Las modalidades terapéuticas presentadas más arriba disponen de diversos estudios experimentales que soportan su eficacia y validez (Pilling et al., 2002). Los hallazgos más consistentes indican beneficios significativos en la reducción de la gravedad y cantidad de los síntomas psicóticos, fundamentalmente los positivos (Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan, 1996; Haddock et al., 1998; Jakes, Rhodes y Turner, 1999; Kuipers et al., 1997; Tarrier et al., 1993; Tarrier et al., 1998), también de los negativos, específicamente la anhedonia (Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1999; Rector, Seeman y Segal, 2002), en la mejora del cumplimiento del

régimen farmacológico (Kemp, David y Haywood, 1996; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everit y David, 1996; Kemp, Kirov, Everit, Hayward y David, 1998), en la disminución del número de recaídas (Haddock et al., 1999) y de síntomas residuales en las recaídas (Drury, Birchwood y Cochrane, 2000) y en la disminución del tiempo de estancia en unidad de agudos (Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan, 1996). Sin embargo, en opinión de Perona y Cuevas (1999), estos trabajos no demuestran con claridad la superioridad de estos tratamientos sobre otras estrategias psicológicas, su eficacia sobre los síntomas negativos es débil, son comparativamente menos eficaces con las alucinaciones, no demuestran que su efecto provenga de su actuación específica sobre las creencias disfuncionales y aún faltan estudios que indiquen cuál de las distintas modalidades de terapia es la mejor.

*Duración.* Con excepción de la terapia de cumplimiento, que suele desarrollarse entre cuatro y seis sesiones, el resto de las intervenciones tienen un formato en torno a las 20 sesiones (Garety et al., 1997; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1999; Rector, Seeman y Segal, 2002), existiendo también formatos inferiores, en torno a diez sesiones (Haddock et al., 1999; Tarrier et al., 1993). La tendencia actual se dirige hacia una ampliación del tiempo de terapia, puesto que los datos apuntan a que de esta manera se podría conseguir una mejor prevención o evitación de recaídas y mayor reducción de síntomas psicóticos residuales (Drury et al., 2000).

*Fases de las intervenciones.* Las intervenciones se han dirigido mayoritariamente a la fase estable o residual del trastorno (Kuipers et al., 1997; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1993; Tarrier et al., 1998), siendo las intervenciones en la fase aguda muy escasas y con resultados pobres y contradictorios (Drury et al., 1996; Kemp et al., 1996; Lewis et al., 2002).

De acuerdo con la evidencia clínica y experimental existente, se puede afirmar que los procedimientos cognitivo-conductuales constituyen estrategias eficaces para la reducción de la sintomatología psicótica.

## **2.2. Rehabilitación de los déficits cognitivos**

Los trabajos experimentales realizados han puesto de manifiesto que los módulos de rehabilitación cognitiva producen una mejora de las funciones cognitivas (Brenner y cols., 1987; Kraemer y cols., 1987), sin embargo, no se ha producido una mejoría en el funcionamiento social de los pacientes, lo que pone en entredicho el modelo de propuesto por Brenner (1986) que asume que la mejoría en el funcionamiento cognitivo tiene un efecto penetrante sobre todos los niveles de organización de la conducta.

## **2.3. Entrenamiento en habilidades sociales**

Los resultados disponibles sobre los efectos del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia son los siguientes (Lieberman, 1994):

- 1) Los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales y afiliativas en situaciones específicas de entrenamiento.
- 2) Se pueden esperar moderadas generalizaciones de las habilidades adquiridas a situaciones exteriores similares a las de entrenamiento, pero la generalización es menor con habilidades de relaciones sociales más complejas.
- 3) 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 por usar sus habilidades, se potencia la generalización.
- 4) Las habilidades son aprendidas con dificultad o incompletas por los pacientes que tienen sintomatología florida y son altamente distraíbles.
- 5) Los pacientes informan consistentemente de disminución en ansiedad social después del entrenamiento.

- 6) La duración de las habilidades adquiridas depende de la duración del entrenamiento, y la retención es poco probable si el entrenamiento es inferior a dos-tres meses con dos sesiones semanales.
- 7) El entrenamiento en habilidades sociales, cuando se realiza entre tres meses y un año y se integra con otros servicios necesarios, reduce las recaídas y mejora el funcionamiento social.

En cuanto a la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales, las primeras revisiones (Bellack y Hersen, 1978; Brady, 1984; Hersen, 1979; Hersen y Bellack, 1976; Gomes-Schwartz, 1979; Wallace, Nelson, Liberman y cols., 1980) informaban de resultados positivos. Sin embargo, dichas conclusiones debían ser tomadas con cautela, ya que muchos de los trabajos revisados presentaban problemas metodológicos (Matowsek y cols., 1992).

Los trabajos realizados posteriormente, con un mayor rigor metodológico, suministraron un mayor soporte empírico de la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (Brown y Munford, 1983; Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984; Curran y cols., 1985; Liberman, Mueser y Wallace, 1986; Hogarty, Anderson y Reiss, 1987). Sin embargo, los resultados son algo contradictorios, en todos se informa de mejorías, pero no está claro qué tipo de mejorías. Existe mucha confusión respecto al tipo de medidas empleadas en los diferentes estudios para evaluar la eficacia del entrenamiento y se sabe poco respecto al grado de generalización de las habilidades aprendidas a situaciones de la vida real.

Benton y Schroeder (1990) realizaron un meta-análisis de 27 trabajos publicados, las principales conclusiones de los resultados son las siguientes:

- a) El entrenamiento en habilidades sociales produce mejoras significativas en el funcionamiento social de los sujetos, cuando se utilizan medidas conductuales como nivel de ejecución en

situaciones de role-playing, o en interacciones de grupo, etc. Además produce una mejora de la imagen que la persona con esquizofrenia tiene de sí misma, en términos de más asertivo y menos ansioso socialmente.

- b) El entrenamiento en habilidades sociales tiene un impacto moderado en otras áreas del funcionamiento del sujeto.
- c) Cuando se evalúa la generalización de las habilidades aprendidas, no existen diferencias significativas entre las medidas conductuales exhibidas por los pacientes en situaciones de role-playing y en situaciones de interacción en el medio real, observándose una ejecución ligeramente peor en la vida real. Estos resultados se contradicen con los encontrados en revisiones anteriores. Sin embargo, actualmente los investigadores coinciden en que este es el punto más débil de este tipo de intervención.
- d) Las diferencias entre sujetos tratados y no tratados se van incrementando a lo largo del tiempo, aunque este dato es limitado por el bajo número de estudios en los que se presentan medidas de seguimiento.
- e) El entrenamiento en habilidades sociales reduce el número de recaídas, si se considera como indicador de las mismas el número de rehospitalizaciones.

Pilling et al. (2002), en un riguroso metaanálisis realizado sobre un limitado número de estudios, se muestran menos optimistas respecto a la sistemática inclusión de esta modalidad terapéutica, al considerar modestos sus resultados en las tasa de recaída, adaptación general, funcionamiento social, calidad de vida o adherencia al tratamiento. Consideran que deberían redefinirse estos programas y orientarse a dificultades funcionales que guarden relación con los déficit neuropsicológicos de la esquizofrenia.

Heinssen, Liberman y Kopelowicz (2000) han hecho una revisión de estudios sobre el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia en la que se examinan los efectos del entrenamiento sobre la sintomatología, el ajuste social y las recaídas. Las conclusiones son las siguientes:

- a) *Eficacia de las intervenciones.* La mayoría de los pacientes muestra una gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario independiente (Heinssen et al., 2000; Smith et al., 1996). La sintomatología positiva influye muy poco en la capacidad de los pacientes para adquirir las habilidades (Liberman et al., 1998; Marder et al., 1996; Smith et al., 1996); sin embargo, el beneficio del entrenamiento sobre los síntomas positivos es muy escaso o inexistente cuando se compara esta técnica con otros procedimientos, perdiéndose a largo plazo los posibles beneficios conseguidos durante la fase activa de terapia (Dobson, Mc Dougall, Busheikin y Aldous, 1995; Hayes, Halford y Varghese, 1995; Hogarty et al., 1991; Marder et al., 1995). Los pacientes con síndrome deficitario (síntomas negativos prominentes, primarios y permanentes) se muestran refractarios al tratamiento, lo que requiere plantearse la aplicabilidad de estos tratamientos cuando el síndrome pudiera deberse a deterioros neurocognitivos, neuroanatómicos o neurobiológicos, que limitan el potencial de aprendizaje del paciente (Kopelowicz, Liberman, Mintz y Zarate, 1997). No obstante, algunos autores sostienen la validez de intervenciones ambientales por cuanto pueden paliar las limitaciones de estos déficit cognitivos (Liberman y Corrigan, 1993; Velligan et al., 2000).
- b) *Componentes de las intervenciones.* Los procedimientos modulares diseñados para compensar las incapacidades cognitivas y de aprendizaje, en un formato altamente estructurado, con repetición frecuente del material nuevo y presentación auditiva y verbal de la

información, son los que predominan, especialmente los módulos de entrenamiento en habilidades sociales y vida independiente desarrollados por Liberman y su grupo de colaboradores. Éstos utilizan una combinación de técnicas que incluyen instrucciones focalizadas, modelado en vídeo de instrucciones, ensayo conductual con feedback inmediato, sobreaprendizaje, reestructuración cognitiva y planificación de generalización, encaminadas a la reducción o eliminación de la apatía, la distraibilidad, las dificultades de memoria y la deficiente capacidad de solución de problemas (Bellack et al., 1997; Liberman, DeRisi y Mueser, 1989).

- c) *Fases de la enfermedad.* El procedimiento se ha aplicado en distintos momentos de la enfermedad: estado agudo (Kopelowicz, Wallace y Zarate, 1998), subagudo (Dobson et al., 1995; Hayes et al., 1995) y en aquellos con formas resistentes de esquizofrenia (Liberman et al., 1998), obteniéndose buenos resultados.
- d) *Duración de las intervenciones.* En general, aunque depende de las necesidades de cada caso, parece recomendable una duración prolongada en el tiempo para rentabilizar al máximo los beneficios.

## **2.4. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria**

Las estrategias de planificación y asignación de actividades han demostrado ser también eficaces en pacientes con esquizofrenia.

Los trabajos que han evaluado la eficacia de cada uno de los módulos (MacKain y Wallace, 1988; Eckman y cols., 1990) informan de resultados satisfactorios, aunque es necesario evaluar los efectos a largo plazo de los mismos.

## 2.5. Intervención familiar

Las investigaciones han puesto de manifiesto que este tipo de intervención reduce de forma significativa el porcentaje de recaídas (Falloon y cols., 1987; Hogarty, Anderson y Reiss, 1991; Kavanagh, 1992; Tarrier y Birchwood, 1995).

Los estudios indican que tres factores son los responsables de la eficacia de este tipo de tratamientos: la educación sobre la enfermedad, el apoyo que proporciona el contacto otras familias (Leff y cols., 1988) y la adquisición de estrategias de afrontamiento útiles por parte de la familia.

Combinadas con medicación antipsicótica, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada familiares, en la sintomatología clínica, las recaídas y las rehospitalizaciones de los pacientes, así como su rentabilidad económica para los servicios sanitarios. La eficacia se ha mostrado en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon et al., 2000).

Existe acuerdo en que los elementos básicos en las intervenciones con familias deben ser: contemplar los cambios en la conducta desde un perspectiva de enfermedad, requerir una dirección profesionalizada, no incluir modelos terapéuticos tradicionales que presumen que la conducta y la comunicación familiar desempeñan un papel etiológico clave en el desarrollo de la esquizofrenia y considerar a los familiares como agentes terapéuticos y no como pacientes.

Las guías de consenso y agrupaciones de expertos (APA, 1997; International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRs), 1997; Lehman y Steinwachs, 1998; McEvoy et al., 1999; World Health Organization, 1997), así como recientes metaanálisis (Pilling et al., 2002), coinciden en afirmar que las intervenciones familiares deben proporcionar una combinación de los siguientes componentes: *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 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, aunque por sí solo podría no tener influencia decisiva en la evolución clínica del paciente (Bellack, Haas, Schooler y Flory, 2000); *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.

En cuanto a la duración de las intervenciones, los resultados confirman una escasa eficacia de las intervenciones breves (entre 6 y 15 sesiones), el mantenimiento temporal de los efectos en las intervenciones de duración intermedia (entre 9 y 18 meses) y la conveniencia de intervenciones a largo plazo, con una duración óptima en torno a dos años, con apoyo posterior permanente a cierta distancia, de modo que la familia pueda sentir y tener siempre accesible el recurso asistencial.

Tanto el modelo psicoeducativo de Anderson como el modelo de intervención conductual sugerido por Falloon son formatos igualmente válidos (Schooler et al., 1997). El formato unifamiliar a domicilio (Montero et al., 2001) o el multifamiliar en grupo parecen modalidades igualmente eficaces (Leff et al., 1990; McFarlane et al., 1995), si bien los beneficios sobre la socialización, la extensión de las redes de apoyo natural de las familias, así como su menor costo y mayor facilidad de aplicación en entornos clínicos asistenciales, aconsejan el formato multifamiliar. No

obstante, se constató que después de uno o dos años del comienzo del tratamiento, las intervenciones unifamiliares fueron superiores a las multifamiliares en la reducción de las recaídas y en la evolución clínica.

La práctica totalidad de los estudios de evaluación se han realizado con intervenciones familiares de pacientes con varios años de historia de enfermedad, siendo escasas las intervenciones en primeros episodios.

## **2.6. Paquetes integrados multimodales**

Los estudios evaluados con IPT indican que el subprograma inicial de diferenciación cognitiva mejora los procesos cognoscitivos elementales, tales como la atención, la abstracción y formación de conceptos, aunque el desempeño sigue estando por debajo del rango normal.

Se ha sometido a estudio la eficacia de la IPT con resultados bastante satisfactorios en términos globales. Los hallazgos indican que la IPT es superior al entrenamiento en habilidades sociales, a la socioterapia o a terapias de apoyo en grupo en reducir la desorganización psicótica y en mejorar las habilidades de solución de problemas cognitivo-sociales, así como en el procesamiento atencional temprano.

Los resultados de la primera evaluación del EMT describen un impacto positivo sobre el control cognitivo superior a otros procedimientos como la relajación o el entrenamiento cognitivo focalizado (Hodel y Brenner, 1997).

En cuanto al WAF, un amplio estudio parece apoyar la validez y la efectividad de estos nuevos desarrollos terapéuticos (Roder et al., 2002).

## **2.7. Prevención de recaídas**

El tratamiento con neurolépticos se ha mostrado eficaz en la reducción de recaídas. Casi la totalidad de los pacientes recaen en el periodo de tres años

sin medicación antipsicótica, mientras que con ella el porcentaje de pacientes que recaían se reducía al 35% (Davis y cols., 1993). La combinación del tratamiento farmacológico con un tratamiento de rehabilitación psicosocial reduce el porcentaje de pacientes que recaen al 21% (Hogarty y cols., 1986).

## **2.8. Conclusiones sobre los tratamientos psicológicos de la esquizofrenia**

La eficacia de los paquetes integrados multimodales ha quedado bien establecida; en cambio, puede considerarse más débil el efecto derivado de la aplicación exclusiva de terapias familiares psicoeducativas (Lemos Giráldez, 2002; Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2002). Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) resultan muy útiles en la fase prodrómica del trastorno y son un ingrediente esencial en los programas de intervención temprana (French, Morrison, Walford, Knight y Bentall, 2003; Jackson et al., 2001), pero son poco eficaces en fases agudas y complementarios a la medicación en fases de estabilización sintomática.

Fenton (2000) hace referencia a los requisitos que han de cumplir las terapias psicológicas para que sean eficaces: a) concepción de la esquizofrenia como un trastorno de base biológica, que se puede manejar parcialmente por medio del aprendizaje y de la práctica de estrategias de afrontamiento; b) utilización del modelo de vulnerabilidad-estrés como soporte para la explicación de la sintomatología y del curso de la enfermedad; c) consideración del establecimiento de una alianza terapéutica como prerequisite para el adecuado desarrollo del resto de las actividades; d) énfasis en la comprensión de la experiencia subjetiva del trastorno y el fortalecimiento de los recursos naturales de afrontamiento, y e) consideración del tratamiento como un proceso flexible y basado en las necesidades y capacidades individuales.

## **Tema 8. Esquizofrenia**

### **1. Tipos de tratamiento**

1.1. Tratamiento de síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones

1.2. Rehabilitación de los déficits cognitivos

1.3. Entrenamiento en habilidades sociales

1.4. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria

1.5. Intervención familiar

1.6. Tratamiento de las alteraciones emocionales

1.7. Prevención de recaídas

1.8. Paquetes integrados multimodales

1.8.1. Nuevos desarrollos en el tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia

- Entrenamiento en el manejo de emociones (EMT)
- Programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales (WAF)
- Programa de tratamiento orientado al afrontamiento

### **2. Eficacia, efectividad y eficiencia**

2.1. Tratamientos bien establecidos

- Paquetes integrados multimodales (IPT)
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Farmacoterapia

2.2. Tratamientos probablemente eficaces

- Intervenciones familiares psicoeducativas
- Tratamientos cognitivos conductuales para delirios y alucinaciones