

# **Trabajo de Final de Máster**

## **CURSO EVOLUTIVO Y TRATAMIENTOS DE LA ESQUIZOFRENIA**

**Autor: Jessica López Campos**

**Tutor: Josep Andreu Pena Garijo**

**Máster en rehabilitación psicosocial en salud  
mental comunitaria**

**Curso 2018-2019**

**Data de lectura / Fecha de lectura: 2 de octubre 2019**



***Resumen:***

La incidencia de la Esquizofrenia a nivel mundial trae como consecuencia la realización de un mayor número de investigaciones y estudios orientados a identificar las fases evolutivas de la enfermedad y los tratamientos y terapias adecuados para cada paciente en cada fase.

El conocimiento detallado de la evolución de la Esquizofrenia ha permitido a los terapeutas determinar la sintomatología que presentan los pacientes en cada fase y en consideración de ésta seleccionar la terapia más efectiva y adecuada a cada persona.

Independiente de la fase de la Esquizofrenia es importante considerar un tratamiento integral que contemple no solo fármacos antipsicóticos sino también terapias psicológicas que permitan al paciente conocer y entender su sintomatología además de mitigar el impacto social y familiar reduciendo las situaciones de estrés y mejorando su vida.

***Palabras clave:*** Esquizofrenia, tratamientos, evolución, síntomas, terapias.

## ÍNDICE

### ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	4
1.1. Concepto de esquizofrenia	4
1.2. Epidemiología de la esquizofrenia	5
1.3. Estigma	5
1.4. Intervenciones psicológicas en la esquizofrenia	6
1.5. Curso evolutivo y fases	7
<b>2. OBJETIVOS</b>	9
2.1. objetivos generales	9
2.2. objetivos específicos.	9
<b>3. METODOLOGIA</b>	9
3.1. Fuentes de información y búsqueda bibliográfica	9
<b>4. RESULTADOS</b>	10
1) Intervención farmacológica	11
2) Terapia electroconvulsiva	13
3) Intervenciones psicosociales	13
3.1. Terapia cognitivo-conductual	14
3.2. Psicoterapia de apoyo	15
3.3. Psicoterapia psicodinámica	16
3.4. Psicoeducación familiar	17
3.5. Rehabilitación cognitiva	17
3.6. Entrenamiento en habilidades sociales	18
3.7. Entrenamiento en actividades de la vida diaria	19
3.8. Técnicas expresivas	20
4) Tratamientos adecuados en cada fase	21
<b>5. DISCUSIÓN</b>	25
<b>6. CONCLUSIONES</b>	27
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	28

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es uno de los términos que se utilizan para describir un trastorno o conjunto de trastornos psiquiátricos significativos e importante donde la persona experimenta una distorsión de los pensamientos, sentimientos, de las percepciones, emociones, lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta (OMS, 2016). Tienen una afectación global, por lo que empiezan a pensar, sentir y hablar de forma diferente a como solían hacerlo, lo que se traduce en una incapacidad de expresarse y dar una explicación a las cosas que les pasan. Las personas que sufren este trastorno presentan una única y propia combinación de síntomas y experiencias, dado que están influenciados por circunstancias particulares (Machado & Morales, 2013).

Además, la esquizofrenia se caracteriza por un deterioro del funcionamiento personal, problemas de memoria y concentración, comunicación perturbada, aislamiento social, ideas extrañas, experiencias perceptivas, falta de interés por las actividades de la vida diaria, lo que conlleva a una menor capacidad del individuo para mantener su trabajo, los estudios o incluso sus relaciones con otras personas.

En cuanto a la sintomatología de la enfermedad, se realizan dos distinciones, por una parte, la sintomatología positiva, y por otra, la sintomatología negativa. Los síntomas positivos hacen referencia a exceso o distorsión de las funciones normales e incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial tales como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Y los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales e incluyen restricciones del ámbito y de la intensidad de la expresión emocional.

Una de las teorías más aceptadas, que trata de dar una explicación a la formación y mantenimiento de estas experiencias, es el modelo de vulnerabilidad-estrés. Según este modelo, la persona que desarrolla los síntomas de psicosis es más sensible que otras personas debido a factores de predisposición biológica y/o ambiental. Por lo que la predisposición innata (genética) o adquirida junto a la presencia de estrés hace que sean más sensibles a la enfermedad.

## **1.2 EPIDEMIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA**

La Organización Mundial de la Salud considera esta enfermedad como un problema de salud pública, situándola como la séptima causa de discapacidad en el mundo, de allí la importancia de hacer esfuerzos en el área de las tecnologías de información y comunicación para contribuir en su tratamiento.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta entre el 0,3% y el 0,7% de la población (APA, 2014), lo que equivale a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Por lo que respecta a la incidencia anual de la esquizofrenia, esta similar en todo el mundo. Se estima que va desde 7.7 a 43/100.000/año (siendo la incidencia media anual: 15,2/100000/año), aproximadamente el 0,7% de la población general. Los rangos de prevalencia de esquizofrenia van desde el 0.14 al 0.46% (Bernardo y Bioque, 2011; Janoutova et al., 2016). En España, la prevalencia anual es del 0,3% y la incidencia anual es de 0,8 casos por 10000 habitantes, lo que representa aproximadamente 4000 casos nuevos diagnosticados de esquizofrenia al año (Martín García-Sancho, 2009)

## **1.3 ESTIGMA**

El estigma que hay sobre las personas con enfermedad mental sigue muy vigente en la sociedad actual. Estas personas no solo deben de hacer frente a la sintomatología de su enfermedad, sino también al estigma que la sociedad ha impuesto sobre ellos. Este prejuicio existente en la sociedad sobre las personas con enfermedades mentales hace que se aumenten las dificultades de integración social y laboral de estas personas. Además, en muchas ocasiones se crean un autoestigma, ya que interiorizan los estereotipos y los prejuicios sociales sobre ellos, generando en ellos sentimientos de poca valía y baja autoestima

La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos actuales destacados a saber: el de Corrigan et al. (2002) y el de Link et al. (2001).

El primero incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio).

Por su parte, Link et al. (2001) establecen que el estigma social es el proceso a través del cual la sociedad clasifica y pone etiquetas a las diferencias entre las personas, atribuye significados a esas diferencias a través de los estereotipos y rechaza el dar oportunidades a estas personas a través del poder. Establecen una nueva visión sobre la estigmatización, considerando que el estigma es construido a partir de cinco procesos psicosociales: *rotulamiento*, estereotipación, distanciamiento social, segregación, degradación y discriminación, que tienen lugar en un contexto asimétrico.

#### **1.4 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA ESQUIZOFRENIA**

No fue hasta el siglo XX, prácticamente los tratamientos de la esquizofrenia alcanzaron un nivel más estructurado, tras la introducción de los antipsicóticos. Carl Jung fue uno de los primeros clínicos que estableció la psicoterapia individual a los pacientes con esquizofrenia, pues consideraba que podría ayudarles a tomar conciencia de lo que les sucedía, a diferencia de Freud quien mantenía que el psicoanálisis con estos pacientes no era posible por su dificultad en la creación de un vínculo estable con el terapeuta. Fue en la década de 1940 cuando volvió a surgir el interés por la psicoterapia en las personas con esquizofrenia por autores como Fromm-Reichmann, Hill, Searles, Sullivan o Knight.

Con los años empezaron a surgir nuevos hallazgos y enfoques sobre la importancia del entorno social y familiar en la evolución de la esquizofrenia y la aparición de intervenciones psicoeducativas enfocadas a proporcionar información a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y proporcionarles estrategias, mostrando así su eficacia en la reducción del riesgo de recaída clínica y reshospitalización. (Girón et al., 2010; Pharoah, J., Rathbone, & Wong, 2006; Pilling et al., 2002; Pitcher, 1990; Pitschel-Walz et al., 2006; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001).

Más adelante empezaron a surgir desarrollos psicoterapéuticos de la mano de los modelos teóricos de la modificación de la conducta, así como de planteamientos orientados a la reconstrucción del yo (self).

A mediados del siglo XX empezó a emerger el tratamiento farmacológico, el cual pasó a ser la terapia de elección, y el tratamiento más utilizado en la gran mayoría de los centros asistenciales, pese a su limitación en la eficacia de la mejora de síntomas negativos, funciones cognitivas, funcionamiento social y de la calidad de vida de los pacientes. A

pesar de los importantes avances experimentados en este campo, los meta-análisis realizados indican que, después de un siglo de intervenciones, la evolución de la esquizofrenia no había mejorado notablemente; estimándose que mientras que la tasa de transición de un funcionamiento social moderado a bueno, en los comienzos del siglo XX, era de un 25%, a mediados de la década de 1990 dicha tasa era de un 35%. Además, y a pesar del amplio desarrollo de los fármacos antipsicóticos, se comprueba que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución (en estudios de seguimiento de 5 años), y que el 75% sigue la medicación de forma errática; entre otras razones por sus efectos secundarios (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux, & Oepen, 1994; Wykes & van der Gaag, 2001) y, tras la introducción de los antipsicóticos atípicos, se comprueba que más del 50% engordan (4-7 kg. promedio); y el 10% desarrollan un síndrome metabólico.

Empezaron a emplearse los tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica, los cuales se desarrollan en dos direcciones: a) intervenciones en el nivel de organización de los servicios y de la asistencia, e intervenciones en el nivel psicológico aplicados a nivel individual, como son la psicoeducación, la terapia familiar, la terapia cognitivo conductual o el entrenamiento en habilidades sociales.

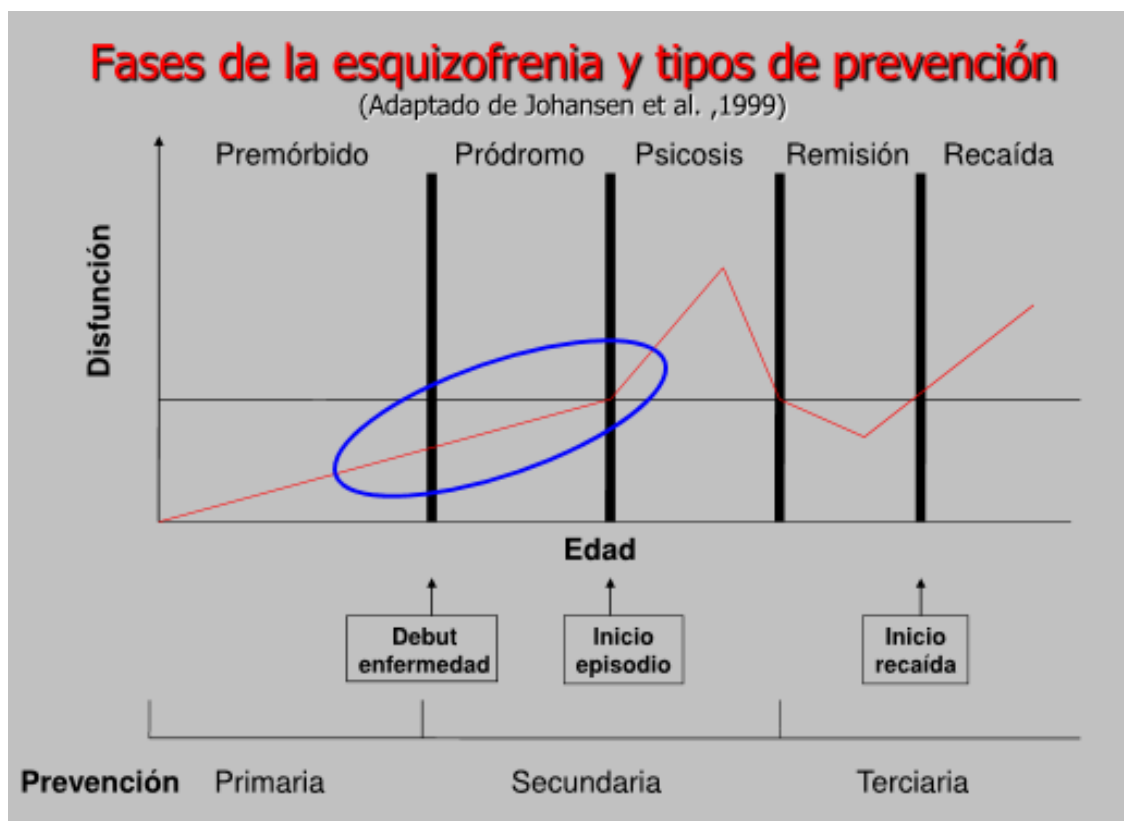
## **1.5 CURSO EVOLUTIVO Y FASES**

El inicio de la enfermedad puede tener lugar durante la adolescencia o al entrar en la edad adulta, aunque en ocasiones también puede darte su inicio en la infancia, afectando de forma similar a ambos sexos. En los hombres, la edad de inicio es más frecuente a comienzos de la tercera década de la vida, sin embargo, en mujeres se da a finales de la segunda década de la vida o a comienzos de la tercera. El inicio puede darse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa.

Este trastorno suele tener un pronóstico de cronicidad en la mayoría de los casos, caracterizándose por la presencia de 3 fases principales que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos. Estas fases son: la fase aguda o de crisis, la fase de estabilización o postcrisis y la fase estable o de mantenimiento. Según la fase en la que se encuentre la persona se llevarán a cabo un tipo de tratamientos u otro, de acuerdo a su situación. La consecución de un tratamiento adecuado en cada fase es importante para llevar a cabo un buen tratamiento.

Pero antes de que se dé inicio al tratamiento de la enfermedad, existe un periodo importante. Este periodo inicial, es conocido como duración de la enfermedad sin tratar (DUI), abarcando dos periodos diferenciados. Por una parte, el momento que va desde que aparece la primera sintomatología inespecífica de una persona sana (depresión, ansiedad, insomnio) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados (aislamiento social, suspicacia), la cual se denomina etapa prodrómica o estado mental de alto riesgo y puede tener una duración de dos a cinco años. Y por otra, el periodo que incluye el tiempo que el paciente pasa con una sintomatología psicótica, pero que a su vez no está recibiendo tratamiento, la cual recibe el nombre de duración de la psicosis sin tratar (DUP).

Por lo tanto, cuando se habla de detección temprana se hace referencia a la identificación de aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una psicosis, por ejemplo, los que presentan síntomas prodrómicos, pero que nunca han estado psicóticos, o bien aquellas personas que ya han iniciado una psicosis, pero no han recibido todavía un tratamiento adecuado (ver **Figura 1**).



**Figura 1. Fases de la esquizofrenia.** Tomado de Johansen et al., (1999).



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVOS GENERALES**

El objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión sobre la literatura de los tratamientos actuales en la esquizofrenia con el objetivo de conocer cual es el más indicado en cada fase de la enfermedad, así como conocer como llevar a cabo la intervención mas adecuada en cada paciente con esquizofrenia. Para ello se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica más relevante respecto al tema.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Una vez expuesto el objetivo general del trabajo, podemos enumerar los objetivos específicos del trabajo:

- Revisar el concepto de esquizofrenia
- Epidemiología de la enfermedad
- Conocer el estigma sobre las personas con enfermedad mental
- Revisión de las fases de la esquizofrenia y como es el curso evolutivo de la enfermedad
- Analizar los tipos de tratamientos y la combinación de los mismos
- Revisar cada tratamiento y relacionarlo con la fase en la que es más efectivo.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1. FUENTES DE INFORMACIÓN Y BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Con el objetivo de realizar una revisión de la literatura relacionada con el caso objeto de estudio del presente trabajo se realizó una búsqueda sistemática donde se utilizaron las bases de datos: ProQuest, PsycARTICLES y PsycINFO. Con estas bases de datos se recogen múltiples artículos que aportan información relevante para la investigación, como Tratamientos, la esquizofrenia, ciencias de la salud, ciencias sociales, entre otros. Para realizar la búsqueda con mayor exactitud se buscaron las palabras clave, y además se acotó la búsqueda a los últimos 10 años, y a los idiomas de inglés, catalán y español. La búsqueda definitiva fue: ti(schizophrenia) AND ti(course). Se obtuvieron un total de 73 artículos, de los cuales se descartaron 6 por estar repetidos, 2 por ser investigaciones de laboratorios con roedores, y 54 fueron descartados por no tener relación con el tema. Por lo que, se seleccionaron un total de 11 artículos. Además, se utilizaron páginas de búsqueda como Dialnet, Google Académico o guías de práctica clínica.

A continuación, se muestra una tabla resumen de los artículos más recientes de la revisión bibliográfica (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Resumen de la búsqueda bibliográfica.**

TÍTULO	AUTORES	AÑO	REVISTA	RESUMEN
Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia	M. Paz Castillo Alarcón, Marta Bellido Cuéllar y Albert Ventura González	2016	Revista de enfermería y salud mental	Revisión de literatura del manejo de la esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento, tanto con antipsicóticos como con terapia psicológica.
El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia	Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., & Alós	2015	Behavioral Psychology/ Psicología Conductual	El objetivo del EHS es facilitar el desarrollo de comportamientos que permitan a una persona vivir de forma independiente. Mediante la adquisición de experiencias básicas de aprendizaje
Acercamiento multidisciplinar a la salud (Volumen III) CAPÍTULO 3 Tratamientos alternativos para el abordaje de pacientes con esquizofrenia	Leonor Asensio Aguerri, Victoria Muñoz Martínez, Beatriz Mata Sáenz, Erica López Lavela, Fernando García Lázaro, Rafael Ángel Baena Mures, Irene Díaz Quero, Estefanía Segura Escobar, Carlos Rodríguez Gómez Carreño, y Laura Nuevo Fernández	2018	Acercamiento multidisciplinar a la salud.	Tratamientos de pacientes con esquizofrenia que en los últimos años se han desarrollado con diferentes intervenciones y tratamientos psicológicos y psicosociales con el objetivo de mejorar el funcionamiento personal y social de los pacientes.
Guía Práctica Para El Tratamiento De La Esquizofrenia.	Servicio Murciano de Salud	2009	Servicio Murciano de Salud	Tratamiento integral de la esquizofrenia y utilización de múltiples recursos sanitarios y sociales
Guía de práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente	Fórum de Salud Mental, coordinación	2009	Ministerio de Sanidad y Consumo	Atención a pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente aplicables en los servicios de salud mental de utilización pública. Actuaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras.
Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	An, D. H., Leber, A., & Häfner, H.	2016	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.	Estudio sobre la frecuencia de los síntomas depresivos en la esquizofrenia y su relación con los síntomas negativos desde el primer episodio psicótico durante un curso a largo plazo de 134 meses en datos de 107 pacientes
Negative symptom subgroups have different effects on the clinical course of schizophrenia after the first episode: A 24-month follow up study	C.Ergül A.Üçok	2015	European Psychiatry.	Estudio con 174 pacientes para evaluar los factores de los síntomas negativos en el primer episodio de esquizofrenia y analizar la relación de estos factores con el curso clínico y el funcionamiento de los pacientes durante el seguimiento de dos años.
Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives	Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-poli, P., Weinberger, D.	2016	Nature Reviews Drug Discovery	Revisión con el objetivo de proporcionar una visión amplia de los desafíos y oportunidades relativos a los esfuerzos para alterar el curso de la esquizofrenia.
Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment	Záske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., . . . Gaebel, W.	2018	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.	Estudio sobre las experiencias de estigma sobre la esquizofrenia y la percepción de los pacientes con esquizofrenia de primer episodio en el transcurso de 1 año después de su primer tratamiento hospitalario.

### 3. RESULTADOS

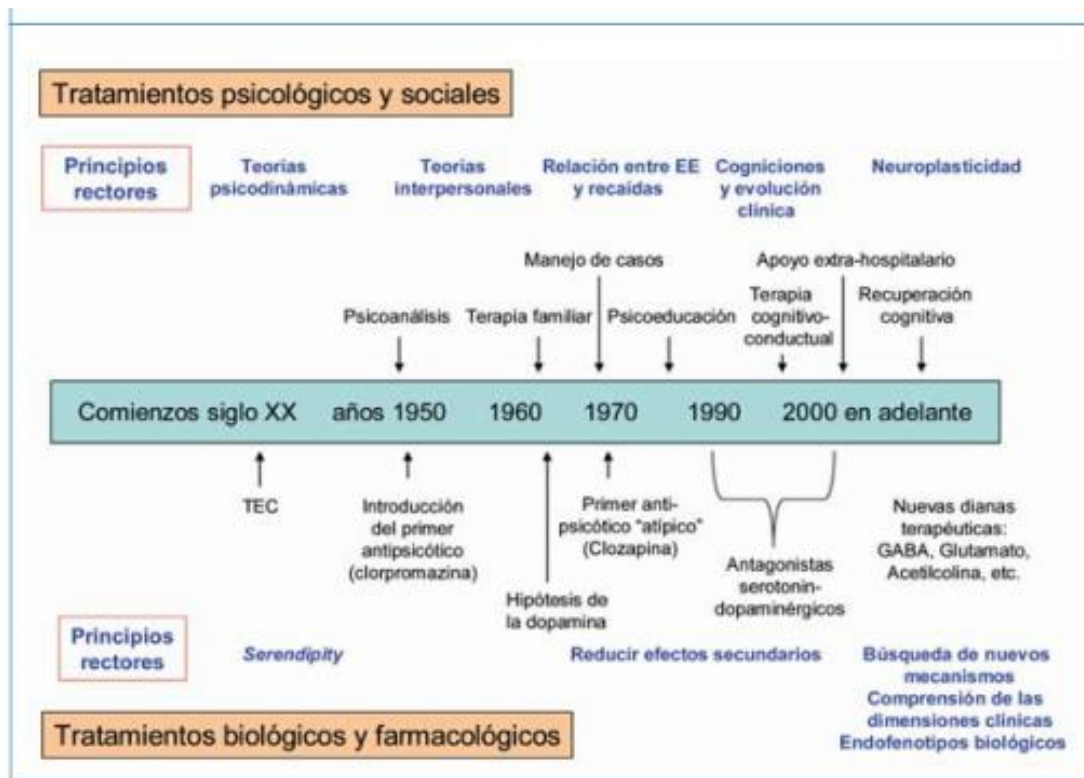
A la hora de tratar el trastorno esquizofrénico y de las fases precoces de los trastornos psicóticos es muy importante realizar una elección detallada y cuidadosa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, así como también de la elección más adecuada del ámbito de intervención.

De acuerdo a Awad (2008), a pesar de que las intervenciones farmacológicas tienen una alta efectividad, se ha comprobado la importancia de la complementación con medidas de soporte psicosocial, vivienda adecuada, apoyo económico y programas de rehabilitación. En promedio un paciente que recibe tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) es mejor que el 65% de los pacientes con tratamiento farmacológico solo (Pfammatter et al. 2006, p.66). Además, se puede evidenciar que las intervenciones psicológicas realizadas en combinación con el tratamiento psicofarmacológico, son un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas angustiosas, para mejorar el funcionamiento social de los pacientes y para reducir el estrés en las familias (Solórzano, Padrós & González, 2011, p.94)

La terapia psicológica tiene numerosos beneficios, pero hay que destacar que la Farmacoterapia con medicación antipsicótica es esencial para el proceso de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009). La prescripción de la medicación se debe de realizar de manera individual ya que cada paciente tiene una respuesta. En el caso de personas con un primer episodio de psicosis, se da una dosis más baja.

A la hora de llevar a cabo una intervención debe planearse de forma sólida y atendiendo a las necesidades y particularidades de cada paciente, ya que el trastorno esquizofrénico no se da de forma igualitaria en todas las personas, ni se expresa de misma forma, al igual que tampoco tiene la misma evolución. La **Figura 2** muestra la evolución de los tratamientos para la psicosis.

Como afirma el autor Laviana (2006), la evaluación del funcionamiento psicosocial, incluyendo también los intereses y motivaciones, de sus redes personales de apoyo, de la red familiar, de la vida educativa y laboral, de sus expectativas, etc., son elementos imprescindibles en la programación de un plan terapéutico.



**Figura 2. Evolución de los tratamientos para la psicosis.** Tomado de Tandon, Nasrallah, & Keshavan (2010).

Por lo tanto, podemos hacer una distinción entre los tipos y ámbitos de intervención en el trastorno esquizofrénico.

## 1) INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Llevar a cabo una adecuada intervención farmacológica es un elemento indispensable tanto en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, como en el caso de pacientes que presentan un primer episodio psicótico. El tratamiento tiene numerosos beneficios, se utiliza para episodios agudos, para prevenir futuros episodios y para mejorar los síntomas entre episodios. Este tipo de medicamentos reciben el nombre de antipsicóticos, los cuales se clasifican en dos grandes grupos, por una parte, los antipsicóticos de primera generación o convencionales, y por otra parte, los antipsicóticos de segunda generación o atípicos. Se considera que los efectos terapéuticos de los antipsicóticos se basan en el bloqueo de receptores dopaminérgicos postsinápticos (D2)

El primer paso ante la administración de un tratamiento farmacológico es importante realizar una valoración física con el objetivo de poder monitorizar la evolución y evitar el síndrome metabólico. La elección del fármaco correcto depende de las características de cada individuo, de la respuesta clínica, la tolerabilidad y los efectos secundarios. Los primeros episodios de la enfermedad generan mejor respuesta a dosis bajas de tratamiento, aunque generalmente conllevan mayores efectos secundarios. Lo más adecuado es el uso de fármacos en las dosis mínimas efectivas para cada paciente para reducir lo máximo posible los efectos secundarios. En cuanto a la duración del tratamiento farmacológico es recomendable un tratamiento de base indefinido para aquellos pacientes que presentan un primer episodio psicótico, tal y como señalan en estudios como el PORT (*Patient Outcomes Report Team*), señalando una mejoría del pronóstico, al evitar las recaídas.

Los antipsicóticos de primera generación (convencionales) agrupan a un conjunto de especialidades farmacéuticas que se caracterizan por actuar frente a los síntomas psicóticos. A su vez, estos fármacos se diferencian en tres grupos según su potencia antipsicótica (alta potencia, potencia intermedia y baja potencia). Uno de los primeros antipsicóticos utilizados fue la clorpromazina.

Este tipo de antipsicóticos son muy eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), pero sin embargo muestran menor eficacia en los síntomas negativos (apatía, abulia, embotamiento afectivo).

Los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) Este término se usó originalmente para referirse a un riesgo menor de efectos extrapiramidales en relación al uso de clorpromacina. El otro término menos usado es el de antagonistas de serotonina y dopamina, esto describe una de sus características clave: el bloqueo de los receptores serotoninérgicos.

Se calcula que un 33% de pacientes que presentan esquizofrenia no presentan una respuesta adecuada al tratamiento con los nombrados antipsicóticos. Destaca el uso de la clozapina pues se ha demostrado que, en comparación con antipsicóticos de primera generación, un 25% de los pacientes presentan mejoras en los síntomas negativos y positivos. No obstante, su perfil de efectos secundarios exige monitorizar a la persona usuaria de forma intensiva.

## 2) TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Este tipo de terapia es considerado un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, utilizado cuando se da un fracaso frente al uso de los antipsicóticos. Las investigaciones sobre la TEC no han demostrado la eficacia de esta técnica en un tratamiento de mantenimiento. Su utilización se considera en el caso de pacientes que responden a la TEC y en el que la profilaxis farmacológica haya sido ineficaz o haya sido tolerado.

Diferentes revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la TEC indican que pueden ser considerados como una opción terapéutica combinado con fármacos antipsicóticos, sobre todo cuando se quiere conseguir una reducción sintomática rápida y una mejoría global. Pese a esto, son más de cinco décadas de su utilización y se mantienen muchas preguntas sin respuesta sobre su verdadero papel en las personas con esquizofrenia.

Los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos es improbable que respondan a la TEC. Sin embargo, existe evidencia de que la TEC conjuntamente con antipsicóticos puede ser beneficiosa al menos para algunos de estos pacientes (nivel de evidencia científica IV)

## 3) INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

### 3.1. Terapia cognitivo-conductual

A lo largo de la última década se ha dado un creciente interés por la utilización de técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC) para persona con un trastorno esquizofrénico, sobre todo en el caso de aquellos que siguen experimentando síntomas psicóticos pese a llevar un tratamiento farmacológico correcto. La **Tabla 2** muestra las intervenciones recomendadas por diferentes instituciones para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia.

En este tipo de terapias se trabaja por establecer una relación entre las creencias, emociones y sentimientos que experimenta la persona y el estilo de pensamiento que refuerza el estrés (Jiménez & Maestro, SF, P. 4). El rol del paciente es activo, buscando que consiga examinar la evidencia a favor y en contra de sus creencias; cuestionar sus

estilos de pensamiento y usar habilidades de razonamiento y experiencia personal para llevar a cabo otras alternativas racionales.

Este tipo de terapia consiste en una intervención psicológica donde se permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos. Los objetivos principales de la TCC en la psicosis resistente a la medicación consisten en reducir la intensidad de las ideas delirantes y las alucinaciones, así como estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y los niveles de discapacidad social.

En cuanto a su eficacia, existe evidencia científica sobre como la duración y el número de sesiones de la TCC puede influir en la eficacia del tratamiento. Esta evidencia científica establece que la TCC que tiene una duración de más de seis meses y que cuenta con más de diez sesiones sí consigue mejoras en el paciente.

Gottlieb, Romeo, Penn, Mueser, y Chiko (2013) realizaron un programa llamado “Hacer frente a las voces” que evaluaba la efectividad de la TCC. El 80% de los pacientes acabaron el estudio y se observó reducción de las alucinaciones auditivas, de los comentarios “negativos” y aumentó la aceptación de estas como una entidad externa.

<b>TABLA 2 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES BASADAS EN DATOS, Y ENTIDADES QUE RECOMIENDAN SU UTILIZACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA</b>
Intervenciones familiares y psicoeducación <sup>1,2,4,5,6</sup> Entrenamiento en habilidades sociales <sup>1,2,4,5,6</sup> Terapia cognitivo-conductual <sup>1,2,3,4,5,6</sup> Tratamiento asertivo comunitario <sup>1,2,4,5,6</sup> Economía de fichas <sup>1,4</sup> Empleo protegido (apoyo a la inserción laboral) <sup>1,4,6</sup>
<sup>1</sup> American Psychological Association <sup>2</sup> American Psychiatric Association <sup>3</sup> National Institute for Clinical Excellence (NICE) <sup>4</sup> Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) <sup>5</sup> Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines <sup>6</sup> Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).
Más información en: <a href="http://www.psychguides.com/home">http://www.psychguides.com/home</a>

### 3.2. Psicoterapia de apoyo

La definición de esta intervención engloba una variedad de intervenciones que van desde el apoyo y el consejo en un marco no directivo y no estructurado, hasta entrevistas en las que el terapeuta sigue las pautas de la escucha activa y empática, la actitud de cooperación y el manejo de crisis.

En la psicoterapia de apoyo, el apoyo y el consejo son los componentes específicos, aunque también se utiliza como técnica las sugerencias, explicaciones y aclaraciones.

Estas terapias se consideran una modalidad de intervención adecuadas para las personas con esquizofrenia debido al importante papel que desempeñan las actitudes de apoyo emocional de los profesionales en el tratamiento de estas personas.

La alianza terapéutica basada en el apoyo facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente y contribuye de forma destacada a generar un contexto apropiado para la contención de sus ansiedades (Ávila Espada A, Poch Bullich J.)

### 3.3. Psicoterapia psicodinámica

Es una modalidad terapéutica basada en las teorías psicoanalítica y psicodinámica en la cual se trabaja en forma individual y se le brinda especial importancia al trabajo con y en transferencia (S.M.S, 2009); (M.S.C, 2009).

Es una intervención que puede clasificarse como una de las terapias de conversación, en la que la relación entre la persona que busca el tratamiento y el profesional es el componente principal de la terapia.

En cuanto a su estructura, se da en sesiones regulares de terapia individual con un terapeuta experimentado. Dichas sesiones se basan en el modelo psicodinámico o bien en el psicoanalítico, llevando a cabo una serie de estrategias que incluyen la actividad exploratoria dirigida al *insight* o la actividad de apoyo o directiva, aplicadas con flexibilidad, trabajando con la transferencia, pero con terapeutas que usan una técnica menos estricta que la utilizada en el psicoanálisis.

Este tipo de intervenciones son de gran utilidad y efectividad para que los pacientes aprendan a conocerse a sí mismos y aprender a identificar sus fortalezas, lo que es muy importante en su tratamiento. Se complementan muy bien con las terapias farmacológicas, con las terapias cognitivo-conductuales y con otros enfoques psicológicos (Álvarez, 2007, p.11)



### 3.4. Psicoeducación familiar

A través de la psicoeducación conseguimos que el paciente y su familia cuenten con la información específica y necesaria sobre aspectos que tienen que ver con la enfermedad. El objetivo que se pretende conseguir es reducir la problemática sociofamiliar y entrena habilidades y estrategias de afrontamiento para mejorar y facilitar la convivencia entre el paciente y su familia (Moriana, Alarcán y Herruzo, 2006). De acuerdo al Ministerio de Sanidad y Consumo (M.S.C, 2009) su objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y la de sus cuidadores, creando ambientes con bajo nivel de estrés y carga familiar, buscando disminuir la probabilidad de recaídas. En este tipo de intervención los familiares del paciente son considerados como agentes terapéuticos (Montaño et al., 2013), y es fundamental tener en cuenta el contexto que rodea a estos (Jiménez; Maestro y Moreno, 2004), por lo que cada intervención debe ser realizada en forma individualizada

De estas intervenciones hay que resaltar que no aumentan por sí solas el cumplimiento terapéutico, pero que resultan muy eficaces en el aumento del Insight y también en el aumento del conocimiento de la enfermedad y los tratamientos (Martínez; Moreno y Soriano, 2004).

El Servicio Murciano de Salud (2009) plantea que la psicoeducación pretende lo siguiente: aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, mejorar la información y la comunicación dentro de la familia del paciente, potenciar los recursos personales y familiares, reducir el riesgo de recaídas y las hospitalizaciones, mejorar las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y disminuir el estrés del cuidador.

### 3.5. Rehabilitación cognitiva

El deterioro cognitivo es una de las características principales de la esquizofrenia. Se dan déficits en el funcionamiento cognitivo, como la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas, la atención y la memoria, se cree que son la base de la incapacidad funcional severa asociada a la enfermedad. Los déficits cognitivos suelen relacionarse con la sintomatología negativa y parecen tener implicaciones en su funcionamiento cotidiano, además de reducir el aprovechamiento de los recursos terapéuticos psicosociales.

De manera que, la relación entre los déficits cognitivos y funcionales, pobres en cuanto a resultados, ha impulsado el desarrollo de la rehabilitación cognitiva (CR) la cual llega a ser centró específicamente en el tratamiento de los déficits cognitivos de la esquizofrenia (Velligan, Kern & Gold, 2006).

La rehabilitación cognitiva es una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas, cuyo objetivo es mejorar el rendimiento de las funciones específicas (memoria, atención y funciones ejecutivas). Permite una mejora del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipo funcionalismo cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejora del funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia y mejor pronóstico (Panades, 2002).

### 3.6. Entrenamiento en habilidades sociales

Para entender en qué consiste un entrenamiento en habilidades sociales, es necesario comprender que son. Las habilidades sociales son aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social. Incluyen varios aspectos, como la comunicación verbal y no verbal. La autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptativas y el refuerzo social.

Estas intervenciones se basan en la teoría del aprendizaje social, donde se pretende estimular y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales consideradas relevantes para alcanzar una adaptación a la comunidad, el mayor grado de independencia posible, y relaciones sociales ricas (Ministerio de Salud, división de rectoría y regulación sanitaria, 2000, p. 24)

Se trabaja en las habilidades sociales para mejorar las competencias sociales y el funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia, y para entrenar habilidades de afrontamiento ante la aparición de factores estresantes que pueden desestabilizar a los pacientes.

En cuanto al entrenamiento de estas habilidades sociales, los autores Penn y Mueser afirmaron que: 1) las personas con esquizofrenia pueden trabajar en muchas habilidades sociales, yendo de lo más simple a lo más complejo como la asertividad o las habilidades conversacionales. 2) los beneficios y mejorías en las habilidades sociales son evidentes para las medidas conductuales específicas, pero menos notoria para cambios en síntomas

y en funcionamiento comunitario; 3) este entrenamiento requiere ser proporcionado durante un largo periodo de tiempo.

El entrenamiento de las habilidades sociales implica sesiones que se caracterizan por ser directivas y estructuradas en las cuales se establecen objetivos, instrucciones, ensayos conductuales, reforzamientos sociales, prácticas y tareas específicas (Jiménez et al., 2004). Conjuntamente, se utilizan técnicas conductuales o de aprendizaje que le permiten al paciente aprender habilidades instrumentales que resultan necesarias en el relacionamiento social (MSC, 2009).

Respecto a la fase de la enfermedad en que muestra mayor efectividad este tipo de tratamiento, los resultados muestran que es eficaz en todas ellas. Pero siempre debe adaptarse el entrenamiento al nivel de tolerancia al estrés y las limitaciones del procesamiento de la información de cada paciente, además de una duración prolongada.

Los resultados de investigaciones señalan que los beneficios del entrenamiento en habilidades sociales son mayores para un tipo de paciente según criterios de edad, comienzo del trastorno, curso y de características sintomatológicas, siendo menores para otros perfiles dentro del marco de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales graves. Se obtienen mejores resultados en aquellos sujetos que empiezan un trastorno de forma tardía, sin deterioro cognitivo, de cuadro de inicio no insidioso, sintomatología positiva, síntomas leves/moderados, apoyo familiar y social, pocas recaídas, buena respuesta al tratamiento farmacológico, etc.

Surgen congruencias en los resultados de los entrenamientos en habilidades sociales dado la generalización de dichos resultados. Con el objetivo de prevenir esta situación se ha propuesto un soporte apoyo comunitario que se denomina “Entrenamiento amplificado de habilidades en vivo” (*In Vivo Amplified Skills Training*, IVAST), donde un gestor de casos lleva un seguimiento personalizado de cada usuario.

### 3.7. Entrenamiento en actividades de la vida diaria

En la intervención psicosocial de personal con enfermedad mental grave es importante dar valor a la funcionalidad de las personas, incluyendo las distintas actividades que una persona realiza a lo largo de la vida, con el objetivo de prepararse y desarrollar el rol que le es propio.

Las actividades de la vida diaria (AVD) pueden clasificarse en dos modalidades: AVD básicas (orientadas hacia los cuidados del propio cuerpo: higiene personal, alimentación, vestido, movilidad funcional, cuidado de ayudas técnicas, descanso y sueño) y AVD instrumentales (orientadas hacia la interacción con el medio: cuidado de otras personas o de animales, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, administración financiera, mantenimiento y cuidado de la salud, mantenimiento y limpieza del hogar, preparación de la comida, hacer la compra, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia)

Dado que muchas personas con esquizofrenia presentan un déficit en su funcionalidad, es importante aumentar su capacidad aplicando técnicas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria.

### 3.8. Técnicas expresivas

Estas técnicas expresivas, también denominada arteterapia, se caracterizan por la utilización de mecanismos de simbolización, expresión y comunicación a través de canales verbales y no verbales, los cuales se distinguen en su metodología y en su finalidad hacia las actividades de tipo ocupacionales (Montaño et al., 2013).

Aparte de funcionar como una herramienta rehabilitadora, la arteterapia suele utilizarse como vía de descarga, relajación, material proyectivo, y vía de expresión o comunicación personal (Sanz y Del Río, 2010). Asimismo, es importante destacar que el paciente, a través del reconocimiento de sus propias obras, logra alcanzar un enriquecimiento personal que genera confianza en sí mismo (Domínguez, 2005).

La eficacia de las técnicas expresivas en personas con esquizofrenia se ha estudiado a través de meta-análisis. Los resultados de los estudios no son concluyentes para afirmar si su uso en personas con esquizofrenia aporte beneficios. En el caso de la musicoterapia, se establece que, como complemento a la atención estándar, puede ayudar a que los pacientes con esquizofrenia mejoren su estado mental, general y funcional, pero siempre dependerá del número de sesiones que se lleven a cabo.

#### 4) TRATAMIENTOS ADECUADOS EN CADA FASE

Tal y como se indica en el Acercamiento multidisciplinar a la Salud, Volumen III, los objetivos del tratamiento dependen de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Cuando se trata de un episodio agudo, están centrados en la estabilización del sujeto, en reducir los síntomas positivos, la posibilidad de riesgo de auto o hetero agresividad, alteraciones del comportamiento y del sueño.

Una vez el paciente se encuentra estabilizado psicopatológicamente, se pasará a establecer unos objetivos a largo plazo, los cuales se basan en minimizar el riesgo de recaídas, minimizar las consecuencias psicosociales, fomentar la autonomía del paciente, mejorar la calidad de vida, promover la inserción laboral, familiar y social, y mejorar la sintomatología negativa.

De acuerdo con la GPC (Guía Práctica Clínica) Las fases de la esquizofrenia se pueden dividir en tres: la fase aguda, la fase de estabilización y la fase estable. También se presta mucha atención a la fase anterior denominada fase premórbida o pre-psicótica.

La fase prepsicótica o prodrómica se trata de un periodo de tiempo en el que la persona presenta una sintomatología no específica y previa a la fase aguda cuya sintomatología se caracteriza según Melbourne por el descenso del funcionamiento del paciente, trastornos del pensamiento, pródromos negativos o positivos atenuados, síntomas afectivos. Por ello, el objetivo terapéutico es evitar, retrasar y reducir el riesgo de transición a la psicosis. Las intervenciones están orientadas a tratar los síntomas actuales y reducir el riesgo de empeoramiento y de que se dé un primer episodio psicótico. En esta fase se recomienda que el tratamiento farmacológico se dé en dosis bajas, dada su efectividad, aunque siempre acompañada de terapia psicológica para reducir la probabilidad de producir una psicosis. Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, hay que considerar el uso de un antipsicótico de segunda generación.

Los objetivos del tratamiento son incrementar la comprensión de la enfermedad, promover la adaptación del paciente, aumentar la autoestima, aumentar las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento adaptativo, reducir la alteración emocional y la comorbilidad con otros trastornos, prevenir recaídas y controlar el estrés asociado a la sintomatología positiva.

En la fase aguda es cuando se da una mayor sintomatología positiva, y cuando empieza el primer contacto con el tratamiento farmacológico. Se caracteriza por la presencia de síntomas positivos tales como delirios, alucinaciones, conductas y lenguaje desorganizado que se dan de forma grave.

Los objetivos que se plantean en esta fase son: evitar que el paciente se lesione, controlar el comportamiento alterado, disminuir la gravedad de la psicosis y de la sintomatología, identificar y resolver los factores que provocaron el episodio agudo, recuperar el nivel óptimo de funcionamiento, establecer una alianza con el paciente y su familia, establecer planes de tratamiento a corto y largo plazo.

En cuanto al tratamiento farmacológico en esta fase, es importante que se inicie de forma inmediata, con el objetivo de que reduzca la agresión, agitación y el riesgo y también con el objetivo de que el paciente se sienta mejor y más calmado con una buena tolerabilidad.

Cabe destacar que la TEC es siempre considerada como un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, recomendado tras el fracaso de los antipsicóticos.

Por otra parte, en cuanto al tratamiento psicosocial se lleva a cabo para reducir las relaciones, entornos o episodios de la vida que resultan sobreestimulantes o estresantes y fomentar la relajación. Se recomienda llevar a cabo la TCC junto con los cuidados estándar para conseguir la recuperación. Con la terapia cognitivo conductual se logra controlar los síntomas positivos, tanto en formato grupal como individual. Un ejemplo de tratamiento empíricamente validado es el programa COPE (*Cognitively-Oriented Psychotherapy for Early Psychosis*), está diseñado para mejorar el conocimiento de la enfermedad y la adaptación de la persona a la misma.

La siguiente fase, es la denominada fase de estabilización o postcrisis que se corresponde con los 6-12 meses posteriores a un episodio agudo. A lo largo de esta fase el paciente va recuperando su funcionalidad adaptándose a un entorno más exigente.

Los objetivos del tratamiento en esta fase son: reducir el estrés sufrido por el paciente, disminuir la probabilidad de recidiva y los síntomas, reducir síntomas y consolidar su remisión y favorecer el proceso de recuperación.

Dado que hay un riesgo de recidiva rápida en esta fase, se recomienda evitar la supresión o una reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico aplicado en la fase

aguda. En pacientes con una remisión completa, la medicación debería continuarse durante al menos 12 meses, seguido de un cuidadoso seguimiento. Por otro lado, las intervenciones psicosociales deben ser menos estructuradas y dirigidas que en la fase aguda. Se recomienda incluir a la familia en talleres de psicoeducación. Se recomienda llevar a cabo la TCC para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos y también para el caso de alucinaciones. La TCC también es útil para ayudar en el desarrollo de insight y para la adherencia al tratamiento. Al igual que con las familias, el paciente también es importante que realice psicoeducación para reducir el riesgo de recaídas. En esta fase también se recomienda el uso de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes graves o moderadamente discapacitados, ya que es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos duran después de dos años. Es recomendable la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad, con objetivos realistas, para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.

En esta fase es importante realizar una buena intervención familiar para reducir la carga de la familia, mejorar el funcionamiento social, disminuir el coste económico, prevenir recaídas, etc.

Por último, la fase estable o de mantenimiento en la que los pacientes pueden no presentar ningún síntoma o presentar síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

Los objetivos de esta fase consisten en: mantener la remisión o el control de síntomas, conservar o mejorar la funcionalidad y calidad de vida, tratar eficazmente el aumento de síntomas y recaídas y continuar con el seguimiento de los efectos adversos del tratamiento.

En cuanto al tratamiento farmacológico en esta fase, la retirada de la medicación antipsicótica debe llevarse de forma gradual y llevar un control en la medida que se requiera. Por otro lado, las intervenciones psicosociales más adecuadas y efectivas en esta fase también lo son en el resto de las fases. Se recomienda la psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce las recaídas y potencia la funcional social y laboral. También es importante la rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente, pues es eficaz para prevenir recaídas y adaptación social. En el caso de pacientes que sufren una esquizofrenia de inicio precoz, se recomiendan técnicas de habilidades sociales, ya que producen mejores resultados que las técnicas de apoyo.

A continuación, se plantea una tabla esquemática de las diferentes fases de la esquizofrenia y cuáles son los tratamientos adecuados (**Tabla 3**).

Estadio clínico	Definición	Intervenciones potenciales
0	Riesgo genético asintomático Prepatológico	<i>Prevención primaria selectiva</i> Educación mejorada en salud mental Educación familiar
1a	Alto riesgo clínico de psicosis CHR-P Síntomas negativos y cognitivos	<i>Prevención primaria indicada</i> Educación formal en salud mental Psicoeducación familiar Terapia cognitivo conductual Reducción activa de abuso de sustancias
1b	Alto riesgo clínico de psicosis CHR-P Episodio psicótico atenuado	<i>Prevención primaria indicada</i> Psicoeducación individual y familiar Terapias psicológicas Reducción activa de abuso de sustancias Apoyo vocacional
1c	Alto riesgo clínico de psicosis CHR-P Episodio psicótico breve	<i>Prevención primaria indicada</i> Igual que 1b Vigilancia estrecha
2	Primer episodio de trastorno psicótico completo FEP Restablecimiento completo temprano	<i>Intervención temprana y prevención secundaria</i> Psicoeducación familiar e individual Terapias psicológicas Reducción activa de abuso de sustancias Antipsicóticos atípicos Antidepresivos o estabilizadores del humor Rehabilitación laboral
3a	Restablecimiento tardío / incompleto Recaída simple	<i>Intervención temprana y prevención terciaria</i> Como en "2" pero con énfasis en la prevención de signos tempranos de advertencia y de recaída
3b	Restablecimiento tardío / incompleto Múltiples recaídas	<i>Intervención temprana y prevención terciaria</i> Como en "2" pero con énfasis adicional en la estabilización a largo plazo
3c	Restablecimiento tardío / incompleto Restablecimiento incompleto tras primer episodio	<i>Intervención temprana y prevención terciaria</i> Como en "3a" pero con énfasis en la estabilización a largo plazo Clozapina si no funcionan neurolépticos previos
4	Cronicidad Enfermedad grave persistente	<i>Intervención de mantenimiento</i> Como en "3 a-c" pero con énfasis en participación social a pesar de la discapacidad persistente

**Tabla 3. Modelo de Estadificación Clínica (Fusar-Poli, McGorry & Kane, 2017).**



## 4. DISCUSIÓN

Segun *Mental Illnes Followship of Australia Inc.* (2008), las investigaciones y los avances en el área de la medicina han permitido mejorar las perspectivas en la evolución de las personas con esquizofrenia, sumado al apoyo de los equipos tanto en el área sicológica como social, logran que la mayoría de los pacientes que sufren este trastorno puedan vivir una vida plena y activa. Tomando en cuenta los efectos de la esquizofrenia en los pacientes, el modelo de tratamiento tiene en cuenta los aspectos biológicos y los efectos psicológicos y sociales. En un enfoque biopsicosocial, es necesario complementar que el tratamiento de los episodios agudos de esquizofrenia tiene como objetivo principal mantener la seguridad del paciente, sus necesidades nutricionales y la angustia provocada por el padecimiento de este trastorno tanto en la persona como en su entorno familiar. (*Illnes Followship of Australia Inc.*, 2008; p. 4)

En la utilización de las terapias psicológicas en la esquizofrenia, es necesario tomar en consideración los siguientes principios generales:

- a) deben formar parte de un tratamiento multimodal;
- b) deben basarse en modelos teóricos contrastables;
- c) deben ser compatibles con modelos biológicos de vulnerabilidad;
- d) deben ser pragmáticas (en tiempo e intensidad);
- e) deben acomodarse a las necesidades de los pacientes y las familias;
- f) deben secuenciarse, de acuerdo con las necesidades cambiantes, según la fase del trastorno

La recomendación de incluir tratamientos psicológicos en las fases de la esquizofrenia es unánime, no obstante, según los informes elaborados por NICE se estima que en la actualidad solo uno de diez pacientes esquizofrénicos tiene accesos a ellas. Los beneficios de estos tratamientos son evidentes, al igual que la atención psicológica proporciona herramientas eficaces logrando que los pacientes adopten un papel activo en su proceso de recuperación y adquieran control sobre su sintomatología. Otro aporte es la aproximación basada en la empatía, la escucha activa, la motivación para el cambio y un

enfoque integral de la terapia, que toma en consideración no sólo el compromiso con la medicación sino también con la realización de las actividades diarias.

Las terapias de tercera generación son actualmente una realidad, y existen diferentes investigaciones que corroboran y demuestran la efectividad de las mismas. Muchos pacientes luchan contra esta sintomatología a diario en muchas ocasiones sin obtener resultados notables, lo cual se traduce en un aumento de frustración y ansiedad, suponiendo un empeoramiento de síntomas y de la propia aceptación de la enfermedad.

Estas terapias aportan un novedoso e interesante enfoque, pues conllevan la aceptación de los síntomas, respetándolos y aprendiendo a convivir con ellos, llegando a formar parte del propio individuo, con consecuencia de una disminución de la ansiedad y una mejora de la calidad de vida, por lo tanto, se deja a un lado la lucha contra dichos síntomas.

Está demostrado que estas terapias, haciendo hincapié en la terapia cognitiva con base para la psicosis y Mindfulness, son efectivas para tratar los síntomas positivos y afectivos en pacientes con esquizofrenia. Es necesario remarcar que el tratamiento de estos pacientes debe ser siempre abordado de forma individual, evaluando individualmente a cada persona e intentando proporcionarles el tratamiento multidisciplinar más ajustado a sus necesidades, siendo la relación terapéutica una de las fases más relevantes, ya que sin una adecuada relación entre los profesionales y el paciente será complicado que resulte efectiva la terapia, a pesar de haber elegido la ideal para el paciente.

Es importante no olvidar trabajar todos los aspectos de los pacientes, remarcando el fomento de las relaciones sociales, el problema del estigma, la inserción en el mundo laboral, y la realización de psicoeducación con el objetivo de prevenir posibles recaídas.

Las terapias de tercera generación constituyen una opción científicamente probada para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y psicosis, combinadas con farmacoterapia. Estas terapias consiguen una reducción de los síntomas positivos de la esquizofrenia, mejorando los síntomas depresivos y la ansiedad. Por otro lado, la efectividad sobre los síntomas negativos es sustancialmente menor. Es necesario seguir realizando investigaciones siguiendo esta línea con la finalidad de mejorar los estudios que se han publicado hasta la actualidad.

Es necesario tener presente que hay pacientes que no mejoran con los tratamientos convencionales por lo tanto exigen un reto (Quintero, 2011). Es por ello que, en la psicoterapia, en colaboración con otros profesionales, se debe ser cuidadoso, auténtico y desarrollar su habilidad en la labor psicoterapéutica. Por lo tanto, la elección del tipo de abordaje terapéutico estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado (plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009, p. 77).

A partir de Petkari (2010), citando a Nasrallah et al. (2005), se considera que la efectividad a largo plazo de las intervenciones realizadas por el clínico consiste en cuatro factores de la vida del paciente; 1) reducciones de la sintomatología psicótica, 2) el afrontamiento de los efectos secundarios provocados por la terapia farmacológica, 3) el reajuste del impacto de la enfermedad para la persona y su entorno, 4) y la mejora del funcionamiento y de la calidad de vida de la persona.

## 5. CONCLUSIONES

Tras la revisión de los estudios relacionados con el tema se puede concluir que las intervenciones psicológicas en la psicosis, y sobre todo en la esquizofrenia, deben estar adaptadas a la fase en la que se encuentre el paciente o el estado de evolución del mismo (Gleeson, Killackey, & Krstev, 2008), para ello es recomendable seguir los siguientes principios que establecen los autores (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2010):

- a) Las intervenciones se deben adaptar tanto a los factores de riesgo como a los indicadores clínicos
- b) La efectividad será mayor si se administran cuanto antes en los periodos críticos del curso clínico
- c) Se debe tener en consideración el papel de la neuroplasticidad en la patogénesis de la esquizofrenia, y la necesidad de revertirla con las terapias neurobiológicas y psicológicas.

Por lo tanto, en las primeras fases de la esquizofrenia es objetivo del tratamiento debe ser la rápida identificación del trastorno y la aplicación de un tratamiento adecuado y efectivo, para prevenir su progresión y reducir el deterioro del funcionamiento social. En cuanto a las fases siguientes de la enfermedad, los objetivos deben ir orientados hacia la

disminución de los síntomas. El objetivo general de todas las fases será lograr la máxima restauración posibles de las funciones afectadas (McGorry, 2000).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Aguerri, L. A., Martínez, V. M., Sáenz, B. M., Lavela, E. L., Lázaro, F. G., Mures, R. Á. B., ... & Fernández, L. N. (2018). Tratamientos alternativos para el abordaje de pacientes con esquizofrenia. *Acercamiento multidisciplinar a la salud*, 33.

Alarcón, M. P. C., Bellido, M., & Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*, (5), 15-21.

Álvarez, A. (2007). La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia. *Revista Psimonart*. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana

An, D. H., Leber, A., & Häfner, H. (2016). Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(5), 387-396.

Bernardo, M. y Bioque, M. (2011). Esquizofrenia. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ª Ed.)* (pp. 208-215). Barcelona: Elsevier Masson.

Domínguez, M. (Ed.) (2005). *Arteterapia: Principios y ámbitos de aplicación*. Sevilla, España: Junta de Andalucía.

Fusar-Poli, P., McGorry, P.D. & Kane, J. (2017). Mejorando los resultados del primer episodio de psicosis: un panorama general. *World Psychiatry*, 15, (3), 251-265.

Girón, M., Fernández-Yáñez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention

on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2 year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.

Gleeson, J. F. M., Killackey, E., & Krstev, H. (Eds.). (2008). *Psychotherapies for the psychoses: Theoretical, cultural and clinical integration*. New York: Routledge

Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Wateraux, C., & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416

Jiménez, J. & Maestro, J. (2002). *Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia*. Monografías de psiquiatría

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia basada compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.

McGorry, P. D. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. In B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)

Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-poli, P., . . . Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485-515.

Montaño, L., Nieto, T., Y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.

Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia.

Muñoz, A. A., y Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 5

Panades, R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.

Rocca, P., Giugiaro, M., Montemagni, C., Rigazzi, C., Rocca, G., y Bogetto, F. (2009). Calidad de vida y psicopatología en el curso de la esquizofrenia. *Psiquiatría Integral*, 50 (6), 542-548.

Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 52-9.

Schizophrenia; Istanbul university reports findings in schizophrenia (negative symptom subgroups have different effects on the clinical course of schizophrenia after the first episode: A 24-month follow up study). (2016, Apr 04). *Mental Health Weekly Digest*.

Segarra, R., Ojeda, N., Zabala, A., García, J., Catalán, A., Eguíluz, J. I., Y Gutiérrez, M. (2012). Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(2), 95-105.

Servicio Murciano de Salud. (2009). *Guía Práctica Para El Tratamiento De La Esquizofrenia*. Servicio Murciano de Salud.

Shepherd G. Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz JA, Vázquez C, eds. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI editores; 1996; 1-22.

Sevilla, J., y Pastor, C. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. *Información psicológica*, (87), 55-67.

Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J., Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.

Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. Schizophrenia, “Just the Facts” 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122(1–3), 1–23.

Thompson, AH, PhD., Newman, Stephen C, MD, FRCPC, Orn, H., B.Ed y Bland, Roger C, MB, FRCPC (2010). Mejora de la fiabilidad de la evaluación del ciclo de vida de la esquizofrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (11), 729-35.

Turola, M. C., Comellini, G., Galuppi, A., Nanni, M. G., Carantoni, E., y Scapoli, C. (2012). Schizophrenia in real life: Courses, symptoms and functioning in an italian population. *International Journal of Mental Health Systems*, 6.

Velligan, D., Kern, R. y Gold, J. (2006). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia and the Putative Role of Motivation and Expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 474-485.

Zäske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., . . . Gaebel, W. (2018). Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-10.