

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Grado en Psicología
Facultad de Psicología y Logopedia
Universidad de La Laguna

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Autora: Paula Díaz Luján

Tutores: María Concepción Cristina Ramos Pérez, Pablo García Medina

Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Curso académico 2018-19

Resumen

El presente trabajo realiza una revisión teórica del concepto de esquizofrenia, sus modelos explicativos, su diagnóstico, evaluación y tratamientos psicológicos. Se comienza por una definición del término siguiendo por su diagnóstico, modelos explicativos, propuesta de una línea de evaluación, acabando por los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, teniendo en cuenta el modelo de interacción biología-ambiente de vulnerabilidad-estrés.

Palabras clave: esquizofrenia, evaluación, modelos, diagnóstico, tratamiento psicológico.

Abstract

The present work makes a theoretical review of the concept of schizophrenia, explanatory models, diagnosis, evaluation and psychological treatments.

It starts with a definition of the term, then the diagnosis, explanatory models, proposal of an evaluation line, ending with the psychological treatments based on evidence, taking into account the biology-environment interaction model of vulnerability-stress.

Keywords: schizophrenia, evaluation, models, diagnosis, psychological treatment.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Conceptualización..... | 3 |
| 1.1 Definición del término..... | 3 |
| 1.2 Características clínicas..... | 4 |
| 2. Criterios diagnósticos..... | 7 |
| 2.1 Diagnóstico diferencial..... | 8 |
| 3. Modelos explicativos..... | 9 |
| 3.1 Modelos biologicistas..... | 9 |
| 3.2 Personalidad y esquizofrenia..... | 10 |
| 3.2 Modelo de Vulnerabilidad-estrés..... | 11 |
| 4. Evaluación..... | 14 |
| 4.1 Modelo Multiaxial de Achenbach..... | 15 |
| 5. Tratamientos..... | 22 |
| 5.1 Objetivos según la fase del trastorno..... | 22 |
| 5.2 Intervenciones familiares psicoeducativas..... | 24 |
| 5.3 Entrenamiento en habilidades sociales..... | 25 |
| 5.4 Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones..... | 27 |
| 5.5 Terapia de rehabilitación cognitiva..... | 30 |
| 5.6 Prevención de recaídas..... | 32 |
| 6. Conclusiones..... | 33 |
| 7. Referencias..... | 34 |

1. Conceptualización

1.1 Definición del término

La esquizofrenia era el trastorno mental por excelencia que representaba lo que en el pasado hacía alusión a la locura, pero gracias a los avances en la psiquiatría, psicología (concretamente psicopatología) y en la ciencia en general, ya no se usa este atributo y poco a poco se va discerniendo más de qué se trata la esquizofrenia.

Durante décadas, el término fue sufriendo cambios en su consideración, hasta llegar a las más actuales, de las que tomaremos la de Godoy, Godoy-Izquierdo, y Vázquez (2014), que establecen que *“Las psicosis son trastornos psicopatológicos muy graves cuyo denominador común, entre los pacientes que las padecen, son las serias alteraciones del pensamiento y la percepción (ideas delirantes y alucinaciones), una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento (incapacidad para funcionar adecuadamente en la vida cotidiana) y una grave distorsión del sentido de la realidad (vivencia de una realidad muy distinta de la de las personas que los rodean).”*

Los mismos autores afirman que es muy difícil establecer un consenso en cuanto a la definición de esquizofrenia ya que sus síntomas característicos son heterogéneos y es difícil delimitar la frontera especialmente con otras psicosis ya que muchos síntomas son compartidos, siendo aún hoy, en 2019, difícil establecer una única definición clara.

Entonces aunando las principales ideas que estos autores proponen sobre la esquizofrenia, podemos decir que se trata de un trastorno mental de tipo psicótico grave y complejo, cuya característica más notoria es la pérdida de contacto con la realidad, llegando a producirse un deterioro en casi todas las áreas y funcionamiento del paciente.

1.2 Características clínicas

La esquizofrenia presenta una serie de características clínicas que son las que los expertos han ido estableciendo y que han dado lugar a los criterios diagnósticos de manuales de clasificación al uso. Dichas características, tradicionalmente se han dividido dicotómicamente en síntomas positivos y negativos, aunque hay varios autores (p. ej. Liddle, Barnes, Moiris y Haque, 1989; Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder y Weinberger, 2005) que estudiando la sintomatología de la enfermedad por medio de análisis factoriales, han encontrado tres tipologías de síntomas, añadiendo una más: la desorganización. Ésta es una característica clínica lo suficientemente diferenciada de las otras dos como para considerarla otra dimensión, por lo que podemos decir que la esquizofrenia presenta: síntomas positivos/psicosis (véase tabla 1), desorganización (véase tabla 2) y síntomas negativos (véase tabla 3).

| Síntomas positivos | |
|---|--|
| Ideas delirantes | Creencias fijas y erróneas que no pueden entenderse dentro del contexto del grupo cultural o religioso del individuo, siendo convicciones son inamovibles a pesar de las evidencias en contra. |
| Alucinaciones | Experiencias sensoriales que se producen en ausencia de cualquier estímulo real externo. Se pueden dar en cualquier modalidad sensorial, aunque las más frecuentes son las auditivas. |
| Síntomas motores o comportamiento catatónico | Pueden ser producto directo de la enfermedad o de la medicación. Existen muchos tipos: estados estuporosos, inhibición o agitación psicomotriz, catalepsia o inmovilidad, estereotipias motoras, manierismos, etc. |

Tabla 1. *Síntomas positivos de la esquizofrenia (Godoy et al, 2014).*

| Síntomas negativos | |
|---|--|
| Alogia | Alteración del pensamiento que se manifiesta en ciertos trastornos del lenguaje, como la falta de fluidez o la producción insuficiente del lenguaje con diferentes manifestaciones como la pobreza del lenguaje con discurso monosilábico, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueos, aumento de latencia de respuesta. |
| Abulia-apatía | Falta de comportamientos dirigidos a una meta. Falta de motivación y carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta. |
| Anhedonia | Disminución de la capacidad para experimentar placer por medio de actividades que se realizan y una pérdida de interés por cosas que antes sí lo tenían. |
| Aplanamiento afectivo embotamiento | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia o disminución de la reacción emocional a los estímulos, mostrándose un déficit en la capacidad para expresar emociones. |

Tabla 2. *Síntomas negativos de la esquizofrenia (Godoy et al, 2014).*

| Síntomas de desorganización | |
|--|---|
| Lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento | Descarrilamiento o fuga de ideas (saltar de un tema a otro sin enlazar el contenido), tangencialidad (contestar a las preguntas de manera indirecta y el significado es irrelevante), circunstancialidad (dar una respuesta indirecta y dificultad para alcanzar la idea final, centrándose en detalles tediosos), incoherencia (alteración en la construcción de frases, que no tienen ninguna unión), ilogicidad (elaboración de conclusiones falsas), neologismos (crear una palabra nueva y dotarla de significado), presión del habla (hablar con demasiadas palabras y muy deprisa), habla distraída (dejar de hablar en medio del discurso y cambiar de tema en función de algún estímulo externo), asociaciones fonéticas (elegir palabras más por su sonido que por su significado). |
| Comportamiento desorganizado | Conductas impredecibles y poco relacionadas con su medio, que se caracterizan por falta de lógica y pueden tener dificultades en las actividades de la vida diaria debido a la desorganización de sus acciones. P. ej. Risas inmotivadas, permanecer quieto en una esquina de la calle mirando el sol. |
| Afecto inapropiado | Desorganización o incongruencia del afecto. El paciente puede expresar una emoción que no se corresponde con la idea que está expresando en ese momento o el contexto en que se encuentra. P. ej. Reír ante una noticia triste, reaccionar de manera desproporcionada ante un comentario neutral. |

Tabla 3. *Síntomas de desorganización de la esquizofrenia (Godoy et al, 2014).*

Teniendo en cuenta estas características, la pregunta es cuándo se le diagnostica esquizofrenia a alguien que las presenta, y para ello se han propuesto una serie de criterios diagnósticos.

2. Criterios diagnósticos

Entonces, si una persona cumple las características clínicas expuestas anteriormente, ¿cuándo se puede decir que tiene esquizofrenia? En un intento de que todos los clínicos se pongan de acuerdo a la hora de establecer un diagnóstico, los expertos de los distintos tipos de psicopatologías han consensuado qué criterios deben estar presentes, elaborando una serie de sistemas clasificatorios en los que, para poder diagnosticar un trastorno mental, deben cumplirse todos los criterios diagnósticos propuestos.

Los dos manuales principales son el DSM-V y la CIE-10, en los que se encuentran algunas diferencias.

La CIE-10 (OMS, 1992) no incluye la noción de deterioro en su definición, y los criterios de la CIE-10 requieren tan sólo un mes de síntomas activos para el diagnóstico de la esquizofrenia y, por tanto, abarcan tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizofreniforme (que aparece como un trastorno distinto en la clasificación de la APA). Además, en el DSM-V (APA, 2013) hay especificadores de curso, con o sin catatonía y de gravedad, pero no la divide en subtipos mientras que en la CIE-10 sí.

Atendiendo al DSM-V (APA, 2013) se recogen una serie de criterios para poder diagnosticar esquizofrenia. Se deben tener dos o más síntomas clínicos (de los que uno de ellos debe ser, delirios, alucinaciones o discurso desorganizado) durante al menos un mes, hay un deterioro importante del funcionamiento normal de la persona o un fracaso en la consecución de los niveles esperados si el trastorno comienza en la infancia o la adolescencia, debe tener una duración como mínimo de 6 meses, ha de haberse descartado el trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con características psicóticas, el trastorno no puede ser debido a efectos de sustancias o a otra afección médica, y si existe antecedentes de trastorno del espectro autista o de la comunicación de inicio en la infancia, solo se diagnostica esquizofrenia si están presentes los otros criterios por separado.

Si cumple estos criterios, podemos establecer una hipótesis de diagnóstico de esquizofrenia, siendo necesaria una evaluación más detallada de la misma, que se tratará en el apartado de evaluación.

2.1 Diagnóstico diferencial

En el DSM-V (APA, 2013) la esquizofrenia viene recogida en el apartado: “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, en el que se incluyen también: trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicación y trastorno psicótico debido a otra condición médica.

Cuando se propone una hipótesis de diagnóstico, hay que saber diferenciar dentro de la misma categoría diagnóstica (trastornos psicóticos) por qué es esquizofrenia y no otro tipo de psicosis (véase tabla 4), es decir, hacer un diagnóstico diferencial.

| Trastorno de tipo psicótico | Diferencia con la esquizofrenia |
|---|--|
| Trastorno delirante | Sólo es necesario que la persona presente delirios y no el resto de los síntomas propios de la esquizofrenia. |
| Trastorno psicótico breve | La duración es de al menos de un día y de menos de un mes. |
| Trastorno esquizofreniforme | Tiene los mismos criterios que la esquizofrenia, a diferencia de que la duración es de al menos un mes, pero menos de seis meses, y que no se requiere que exista deterioro. |
| Trastorno esquizoafectivo | Debe presentarse no sólo sintomatología psicótica típica de la esquizofrenia, sino además sintomatología de trastornos del estado de ánimo (maniaco o depresivo mayor). |
| Trastorno psicótico inducido por sustancia o por otra condición médica | Ni el consumo de sustancias ni una afección médica pueden ser la causa de la esquizofrenia. |

Tabla 4. *Diferencias entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (APA, 2013).*

Vistos los criterios diagnósticos, una pregunta que se siguen cuestionando los clínicos es cuál es la causa de la esquizofrenia, y se han propuesto una serie de modelos explicativos.

3. Modelos explicativos

Las teorías sobre la etiología de la esquizofrenia y los modelos explicativos que se han propuesto sobre sus causas son diversos y muchos no tienen validez empírica. Hay explicaciones desde puramente biologicistas hasta puramente ambientalistas, y esta diversidad se debe a lo heterogéneo y complejo que es el trastorno y a las líneas de investigación que sigue cada autor (Godoy et al, 2014).

3.1 Modelos biologicistas

Han sido muchos los factores biológicos de riesgo propuestos para la esquizofrenia, siendo dos de los más estudiados los factores genéticos y la hipótesis de la dopamina.

Los factores biológicos que más peso muestran son los genéticos, siendo la historia familiar de esquizofrenia el factor de riesgo individual más grande (Gejman, y Sanders, 2012).

Los datos epidemiológicos confirman que la esquizofrenia es más común entre los miembros de las familias de personas esquizofrénicas que entre parientes de personas no esquizofrénicas. Entonces, si el 1% de la población general desarrolla una esquizofrenia, el porcentaje aumenta a un 10% entre los parientes de primer grado de personas afectadas por el trastorno. (Jiménez y Ramos, 2009). Este riesgo llega hasta un 48% en casos de gemelos monocigóticos (un 17% en los dicigóticos) y un 46% en hijos de padre y madre esquizofrénicos (Gottesman, 1991).

En cuanto a la neuroquímica de la esquizofrenia, una de las hipótesis más estudiadas y de más peso ha sido la de la dopamina, que sugiere que hay una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas y que este incremento de dopamina puede relacionarse con síntomas específicos como delirios y

alucinaciones, aunque no existe consenso sobre el papel de la DA en la esquizofrenia y en el campo de la neuroquímica se están descubriendo interacciones con otros sistemas de neurotransmisores, siendo un tema que sigue en estudio (Jiménez y Ramos, 2009).

3.2 Personalidad y esquizofrenia

Al igual que en otros trastornos, en la esquizofrenia se ha estudiado si hay rasgos de personalidad premórbidos que influyan en el desarrollo del trastorno. Se tratarían de factores de riesgo, pero no son condición suficiente para padecer esquizofrenia en un futuro, ya que los rasgos de personalidad no son patológicos por sí mismos, por lo que no se habla de una relación causa-efecto, sino de un correlato. Para que esos rasgos lleguen a patologizarse tienen que haber factores psicosociales que lo propicien, y que los mantengan en el tiempo.

Antes de que la esquizofrenia aparezca, incluso desde la infancia, la persona suele presentar una personalidad premórbida con rasgos esquizoides o paranoides como conductas e ideas extrañas, aislamiento social, pérdida de intereses, problemas escolares o laborales, etc. La personalidad, influirá en el inicio y desarrollo, dando lugar a diferentes tipos de esquizofrenia, variando en gravedad, evolución y adaptación de la persona a su ambiente (Guízar, Saracco y Fresán, 2012). Aunque los propios autores afirman la pobreza metodológica y la falta de estudios sobre el tema, ya que es importante saber qué rasgos de personalidad actúan como predisponentes, qué rasgos son estables y cuáles son producto de la enfermedad. Es necesario hacer estudios longitudinales que evalúen las características de la personalidad desde el inicio de la esquizofrenia para poder determinar esto.

Tal y como recogen Cuevas y López (2006), en el estudio de este campo hay pocos modelos que integren lo neurobiológico con la personalidad, y un modelo que es útil para paliar esto es el Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al., 1993), ya que integra los aspectos biológicos, más estables y genéticamente determinados (temperamento) y los aspectos psicosociales, menos estables y más

influenciados por la experiencia y el medio ambiente (carácter) de la personalidad. La personalidad es entendida como temperamento (predisposición con la que nacemos) y el carácter (más relacionado con lo aprendido), influyéndose los dos mutuamente.

Dentro de este modelo, tal y como citan Guízar et al, (2012) en cuanto al temperamento, se ha documentado que los pacientes con esquizofrenia tienen un puntaje más bajo en búsqueda de la novedad (indiferencia, reflexión y desapego), más alto en evitación del daño (pesimismo, timidez, fatigabilidad y preocupación innecesaria que inhibe al individuo en las situaciones sociales) y más bajo en persistencia (inactividad, inestabilidad y tendencia a rendirse), que los sujetos normales. En cuanto al carácter, presentaron puntuaciones más bajas en autodirección (inmadurez, fragilidad y fallo en el principio de organización interna) y cooperatividad (socialmente intolerante, poco servicial y conductas destructivas) que los sujetos normales (Ritsner y Susser 2004).

3.3 Modelo de vulnerabilidad-estrés

En los dos puntos anteriores, se habla de los factores biológicos y de personalidad como factores de riesgo, pero el hecho de tenerlos presentes, no hacen que se tenga necesariamente esquizofrenia, entonces ¿cuándo alguien con factores de riesgo desarrollaría esquizofrenia? Esto sólo puede ser entendido por medio de un modelo integrador que aúne los factores biopsicosociales que dan lugar a la esquizofrenia.

En esta línea, el modelo más integrador, que propone una interacción de los factores biológicos y ambientales, es el modelo de vulnerabilidad-estrés, también denominado diátesis-estrés, (Zubin y Spring, 1977, Zubin, Magazine y Steinhauer, 1983) en el que se hace referencia a que interactúan tanto factores genéticos y de propensión adquirida, como estresores ambientales para producir la esquizofrenia.

Este modelo integra todos los factores no como elementos aislados que se suman, sino como elementos en interacción entre sí. Cada persona tiene un grado de vulnerabilidad o umbral de tolerancia que puede ser más alto o bajo, y cuando los acontecimientos estresantes superan el umbral de tolerancia, tendría lugar el trastorno. Se entiende vulnerabilidad como predisposición (dada por factores biopsicosociales) a desarrollar la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que los acontecimientos estresantes pueden ser externos (acontecimientos vitales estresantes o eventos estresantes cotidianos) o internos (por ejemplo, la forma que se tiene de interpretar la realidad, es decir, las cogniciones, también pueden ser una fuente de estrés).

Hay una serie de variables moduladoras como la red social (apoyo social), variables personales (medicación antipsicótica, rasgos de personalidad) y el nicho ecológico (el entorno, no es lo mismo por ejemplo vivir en una zona de conflicto de guerra, que en una zona tranquila). Los rasgos de personalidad pueden tener peso tanto a nivel de predisponentes como de variables moduladoras.

La cronicidad de la enfermedad, este modelo la explica como un artefacto causado por las consecuencias psicosociales de los ataques agudos, iatrogénicas y ecogénicas (hospitalización, institucionalización, medicación, condiciones de vida, etc.). Cuando una persona tiene episodios psicóticos, el entorno reacciona, y un mal ajuste de la persona con el entorno, favorece que el trastorno se cronifique.

Lemos (1989) lo cita como el modelo más convincente ya que concilia las visiones biologicistas y psicoambientales. Este autor cita a Warner (1985) que, en la misma línea, siguiendo el modelo de vulnerabilidad-estrés, organiza los factores de riesgo para la esquizofrenia en cuatro niveles sucesivos de predisposición, vulnerabilidad, manifestación del trastorno y evolución, en función de la concurrencia de determinados agentes etiológicos (ver figura 1).

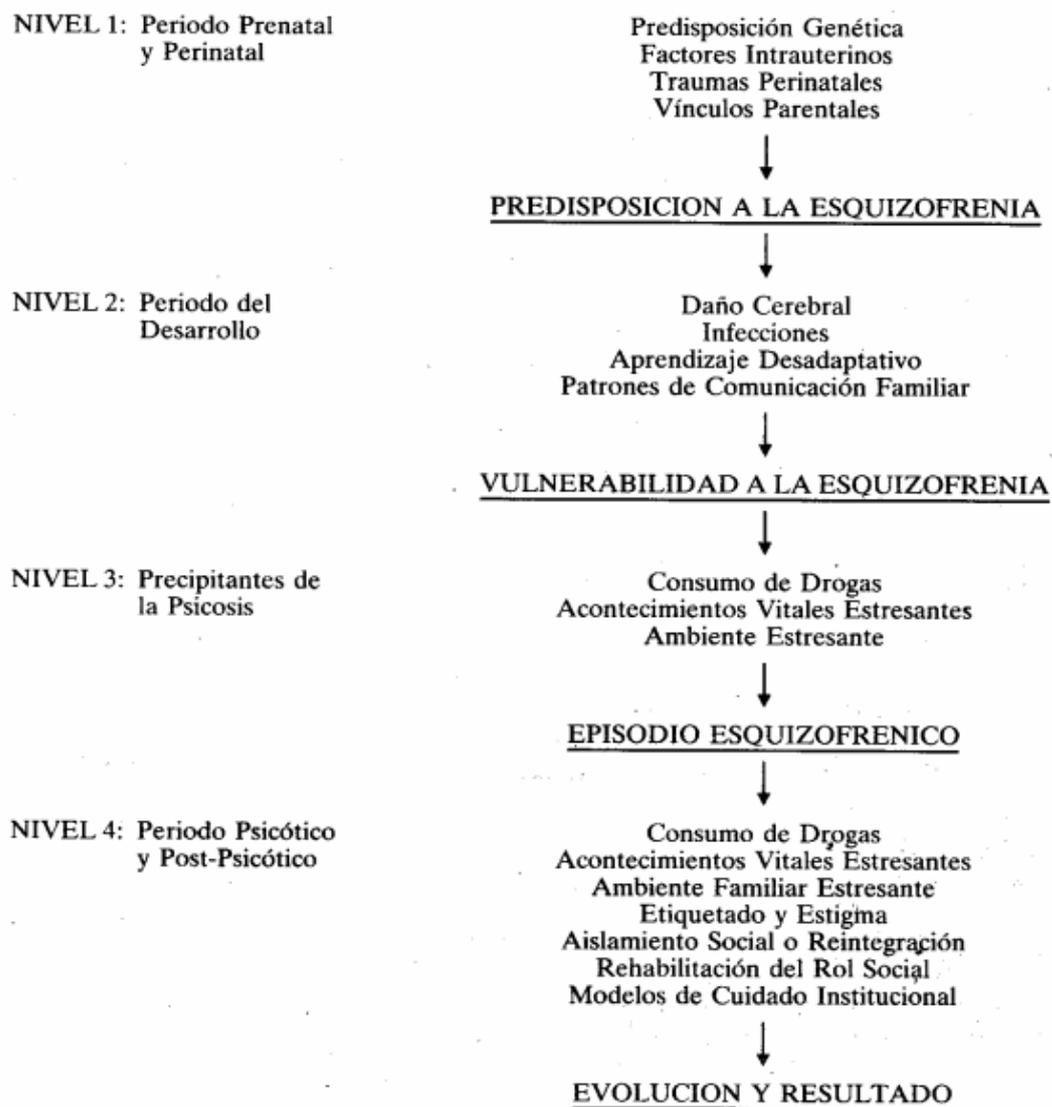


Figura 1. Cuatro niveles de factores de riesgo según Warner (1985) tomado de Lemos (1989).

Aunque de los factores propuestos por Warner, no puede ser tenido en cuenta el consumo de sustancias, ya que atendiendo al DSM-V, como se explicó anteriormente, no puede ser causada por consumo de sustancias.

Ante tal cúmulo de datos, hoy solo se puede afirmar que la esquizofrenia surge por la interacción de múltiples factores causales, y tanto investigadores como clínicos están de acuerdo en que para que se desarrolle es necesaria una combinación de factores genéticos y de factores ambientales (Jiménez y Ramos, 2009).

Sin dejar de lado el resto de las teorías y aunque este modelo no tiene el peso empírico suficiente, es el que mejor parece explicar la esquizofrenia, ya que los trastornos mentales no se pueden reducir únicamente a biología o únicamente a cuestiones ambientales, sino que siempre hay, en mayor o menor medida, una interacción entre ambos.

Además, actualmente y de cara a los tratamientos, se sigue trabajando en esta línea, teniendo en cuenta los factores de vulnerabilidad y variables moderadoras presentes en la esquizofrenia. Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós (2015) proponen tener en cuenta este modelo y los factores psicosociales que interactúan para proponer un entrenamiento en habilidades sociales. En la misma línea, Bestard y Cutiño (2019) proponen, teniendo en cuenta la vulnerabilidad biológica y psicosocial de estos pacientes y la importancia del apoyo social de la familia (que es un factor modulador), un programa de psicoterapia en grupo para los que se encuentran hospitalizados.

De cara a una evaluación es importante tener en cuenta el tipo de personalidad y las tendencias del paciente, ya que pueden ser factores moduladores que influyan, y por tanto, deben ser evaluados y tratados (por ejemplo, una persona que presenta una tendencia a conducta violenta por aprendizaje desadaptativo de resolución de conflictos en el núcleo familiar, debe ser identificado como factor en la evaluación, y tenido en cuenta también en el tratamiento para tratar de cambiar sus estrategias de afrontamiento y hacer una intervención familiar adecuada).

4. Evaluación

Teniendo un modelo explicativo de base, la evaluación tiene que estar integrada en ese modelo. Hay que tener en cuenta que tanto para poder diagnosticar como para plantear un posible tratamiento, se deben tener unos requisitos básicos que son: un modelo que integre la evaluación y el tratamiento. Dentro de la evaluación, debemos tener en cuenta un modelo multiaxial de evaluación, ya que no basta con que cumpla los criterios del DSM-V o la CIE-10 para poder diagnosticar y proponer una línea de actuación, sino que se necesita evaluar a las personas, en más áreas de su vida como:

cognición, motricidad, fisiología, conducta (análisis funcional), ambiente familiar, redes sociales, factores de vulnerabilidad, habilidades sociales, de la vida cotidiana, ocupacionales, etc., mediante entrevistas, observación, autorregistros, pruebas psicométricas, o las pruebas que el clínico vea oportunas (Godoy et al, 2014).

Es por ello por lo que vamos a proponer un modo de evaluación multicontexto que cubra todas las áreas posibles a explorar del paciente.

4.1. Modelo Multiaxial de Achenbach

Para la propuesta de evaluación nos vamos a basar en el modelo de Evaluación Multiaxial Basada Empíricamente (Achenbach, 1993). Este modelo propone evaluar basándonos en varios ejes/contextos/ámbitos del paciente, en concreto estos cinco:

- Eje I: Informes de familiares
- Eje II: Informes de amigos u otros adultos
- Eje III: Evaluación Cognitiva
- Eje IV: Evaluación Física
- Eje V: Evaluación directa

Se comienza estableciendo una hipótesis de diagnóstico en base a los criterios del DSM-V, la cual debe ser comprobada por medio de una evaluación más exhaustiva en distintos contextos y de distintas fuentes.

Basándonos en la SCID-CV del DSM-IV (ya que la del DSM-V aún no está adaptada al español), se tendría una entrevista inicial con el paciente (véase tabla 5).

Luego se tendría una entrevista con sus padres o tutores, en la que expliquen tanto la situación actual del paciente, como otros aspectos relevantes de su historia clínica, comenzando desde el embarazo y el parto, la infancia y sus procesos de adaptación y aprendizaje, el contexto escolar/laboral, personal, familiar (antecedentes psicopatológicos), ámbito interpersonal, consumo de

sustancias, historial médico, tratamientos previos, utilizando por ejemplo la entrevista Módulos de Resultados de la Esquizofrenia (véase tabla 5).

Sería conveniente tener en cuenta otra sintomatología asociada a los trastornos psicóticos tales como ansiedad, depresión, hostilidad, culpa, etc. Para ello se usaría la Escala Breve de Síntomas psiquiátricos (véase tabla 6).

Para medir ya, de forma más específica la sintomatología propia de la esquizofrenia, se usaría la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) (véase tabla 6).

En cuanto a la evaluación cognitiva, es de especial atención en este tipo de trastorno ya que es un área que se ve afectada en la esquizofrenia. Se usaría una batería que mida todos los aspectos cognitivos posibles, usándose la Batería Neuropsicológica Breve en español: NEUROPSI (véase tabla 7).

Otro apartado que se ve deteriorado en este trastorno es el ámbito social, por lo que convendría medirlo a través de la Escala de desempeño psicosocial (véase tabla 8).

Dependiendo del momento y curso evolutivo en que la esquizofrenia haya dado comienzo, se puede producir una involución de habilidades ya adquiridas e incluso no llegar a adquirirlas si el trastorno es de inicio temprano en la infancia, es por ello por lo que sería relevante evaluar las áreas de destrezas de la persona por medio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación individual (ICAP). Y también es interesante esta prueba porque mide distintos tipos de problemas de conducta que pueda presentar la persona (véase tabla 9).

En cuanto a la evaluación física, se solicitará el historial médico del paciente y todas las pruebas físicas que le hayan realizado, considerando si es oportuno (si no se las han hecho) una exploración neurológica.

Un aspecto importante que recoge el modelo, también multiaxial, de Muñoz (2002) es la Evaluación del cambio. Propone que es importante evaluar el cambio, ya que el proceso de evaluación psicológica no finaliza con la puesta en marcha del tratamiento, sino que se prolonga durante y tras el mismo. (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo, de Vicente, 2002).

| Instrumento | Descripción | Autores |
|---|---|--|
| Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-CV) | Entrevista semiestructurada administrada por el clínico. Proporciona diagnósticos DSM-IV. Recoge información sobre: datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual. El entrevistador va construyéndose una opinión diagnóstica a lo largo de la entrevista, y debe consultar todas las fuentes de información complementarias necesarias antes de emitir un diagnóstico. | First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997. Traducción española: Blanch, 1999. |
| Módulo de Resultados de la Esquizofrenia (SCHIZOM) | Entrevista estructurada compuesta por cinco elementos: una entrevista inicial para la persona, una para un informador (familiar, amigo, clínico...) una de seguimiento para la persona, otra para el informador y finalmente una revisión del historial médico. Las entrevistas iniciales recogen información acerca de datos demográficos, ajuste previo al trastorno, satisfacción con la vida, historia familiar de enfermedad mental, síntomas recientes, actividades de la vida cotidiana, vivienda, situación legal, educación, actividad laboral, uso de alcohol y drogas, violencia, intentos o pensamientos de suicidio, adherencia a la medicación, efectos secundarios de la misma y uso de servicios. | Fisher, Cuffel, Owen, Burns, Hargreaves, Karson, Lehman, Shem, Smith Jr. y Sullivan, 1996. Adaptación española: Muñoz, Vázquez, Muñiz, López-Luengo, Hernangómez, y Díaz, 1999. |

Tabla 5. *Instrumentos de evaluación para la esquizofrenia tomados de Muñoz et al, 2002.*

| Instrumento | Descripción | Autores |
|--|--|---|
| Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (BPRS) | Evalúa los cambios en la sintomatología de los trastornos psicóticos. Incluye las variables: preocupación somática, ansiedad, falta de sociabilidad, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, tensión, manierismos y posturas, sentimientos de grandiosidad, estado de ánimo deprimido, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, enlentecimiento motor, falta de cooperación, contenido inusual del pensamiento, afecto embotado, excitación y desorientación. | Overall y Gorham, 1988. Adaptación española: Vázquez, 1987. Peralta y Cuesta, 1994. |
| Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) | Instrumentos complementarios para evaluar la gravedad de la sintomatología de pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótica y respuesta al tratamiento. La SANS evalúa los síntomas negativos, en cinco categorías: embotamiento de la afectividad, abulia-apatía, anhedonia-ausencia de sociabilidad y deterioro de la atención. La SAPS evalúa los síntomas positivos en cuatro categorías: alucinaciones, delirios, conducta extravagante o extraña y desorden del pensamiento formal. | Andreasen, 1983, 1984. Adaptación española: Vázquez, 1989. |

Tabla 6. *Instrumentos de evaluación para la esquizofrenia tomados de Muñoz et al, 2002.*

| Instrumento | Descripción | Autores |
|--|--|--|
| Batería Neuropsicológica Breve en español: NEUROPSI | Es un instrumento de evaluación neuropsicológica breve que permite valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y diversos problemas médicos. Evalúa las siguientes áreas: Orientación (nivel de conciencia y estado general de activación), Atención y concentración (habilidad para enfocar y sostener la atención), Memoria, Lenguaje, Habilidades visoespaciales, Funciones ejecutivas, Lectura, escritura y cálculo. | Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli, 1999. |

Tabla 7. *Instrumento de evaluación para la esquizofrenia tomado de Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli, 1999.*

| Instrumento | Descripción | Autores |
|---|--|---|
| Escala de desempeño psicosocial (SBAS) | <p>Permite evaluar Programas de Rehabilitación en enfermos mentales crónicos. Se trata de una entrevista semiestructurada diseñada para evaluar a través de 7 secciones diferentes el efecto del comportamiento del sujeto en sus parientes y el estrés que éste produce en el informante, pero no permite obtener puntuaciones globales. Evalúa por tanto el espectro psicopatológico y el funcionamiento social, y también carga subjetiva y objetiva causada por la enfermedad. Además de aportar información del apoyo y demandas que le genera la familia. También se toman en cuenta algunas variables: acontecimientos vitales y apoyos externos.</p> | <p>Platt, Weyman, Hirsch y Hewett, 1980. Adaptación española: Otero, Navascués y Rebodello, 1990.</p> |

Tabla 8. *Instrumento de evaluación para la esquizofrenia tomado de Casas, Escandell, Ribas y Ochoa, 2010.*

| Instrumento | Descripción | Autores |
|---|--|---|
| Inventario para la Planificación de Servicios y Programación individual (ICAP) | Evalúa el nivel de autonomía en la conducta adaptativa en cuatro áreas de funcionamiento (destrezas motoras, comunicativas, de la vida personal y en comunidad) y de problemas de conducta (asocial, interno, externo y general). Realizada inicialmente para personas con discapacidad, se puede adaptar a otro tipo de trastornos. También contiene apartados de valoración de: ubicación residencial, servicios de día, servicios de apoyo, y actividades sociales y de ocio. Al final se obtiene una puntuación de servicio (intersección entre la de destrezas y problemas de conducta) que indica el grado de independencia de la persona. | Bruininks, Hill, Weatherman y Woodcock, 1986. Adaptación española: Montero, 1993. |

Tabla 9. Instrumento de evaluación para la esquizofrenia tomado de Montero, 1993.

Evaluación y tratamiento tienen que estar integrados, ya que un tratamiento debe estar basado en una evaluación previa, y una evaluación no tendría utilidad real si no se realiza para proponer una línea de trabajo basada en esa evaluación.

Viendo las áreas que resulten más deficitarias tras la evaluación, se ponen en marcha las estrategias terapéuticas basadas en las necesidades encontradas, y también el mantenimiento de que las que no están perdidas. El presente trabajo se va a centrar en los tratamientos de tipo psicológico.

5. Tratamientos

Tras la evaluación, surge el interés clínico de los profesionales de la salud mental: ¿Cómo tratar la esquizofrenia?

Tal y como citan Vallina y Lemos (2003) los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés, ya mencionado en el apartado de modelos explicativos.

Este modelo ha suscitado el surgimiento de una gama de formatos terapéuticos que se siguen actualmente y que persiguen dos objetivos: el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una óptima protección de la persona (que incluyen el tratamiento farmacológico para reducir la vulnerabilidad biológica subyacente, las habilidades personales de afrontamiento y de autoeficacia, la capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo familiar y social) y la disminución o eliminación de los estresores ambientales (Birchwood, Hallet y Preston, 1989; Wykes, Tarrier y Lewis, 1998).

Entonces, nos encontramos fundamentalmente tratamientos de dos grandes tipos, el biológico (farmacológico: antipsicóticos) y el psicológico.

En el presente trabajo se va a profundizar en los tratamientos psicológicos.

5.1 Objetivos según la fase del trastorno

En el desarrollo de la esquizofrenia tienen lugar tres fases en las que se debe tener un tratamiento diferencial de las mismas de cara a la terapia (véase tabla 10).

| Fases | Objetivos |
|---|---|
| <p>-Fase aguda (o crisis): los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado. En este estado suelen no ser capaces de cuidar de sí mismos adecuadamente y es habitual que los síntomas negativos también sean más intensos.</p> | <p>En esta fase se debe primar el tratamiento farmacológico y la estabilización de la sintomatología psicótica, y también procurar disminuir las exigencias ambientales y proponiendo un programa de actividades simple, estable y predecible. Se debe comenzar la implicación del paciente y su familia en el tratamiento, la cual debe continuar durante todo el proceso terapéutico.</p> |
| <p>-Fase de estabilización (o postcrisis): se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos.</p> | <p>Cuando la sintomatología psicótica empieza a remitir, hay que intentar ajustar la medicación para que tenga la mejor eficacia y los mínimos efectos secundarios. Se deben iniciar a recuperar las capacidades funcionales deterioradas y comenzar la intervención psicosocial.</p> |
| <p>-Fase estable (o de mantenimiento): la sintomatología puede haber desaparecido o mantenerse estable. Puede ser que no presenten síntomas en ese periodo, que presenten síntomas no propiamente descriptivos de la psicosis como ansiedad o depresión, y en otros los síntomas siguen, pero de forma atenuada no psicótica (como ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).</p> | <p>En este momento se tratará de intentar promover sus capacidades para la vida en comunidad y para su integración en todos los ámbitos (personal, social, familiar) haciendo uso de los recursos necesarios. También es importante que haya un plan de prevención de futuras recaídas.</p> |

Tabla 10. *Fases de la esquizofrenia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2006) y objetivos según la fase (Lieberman, 2002).*

En el trabajo de revisión de Vallina y Lemos (2003), llevados a cabo a la par con la farmacología, hay una serie de tratamientos psicológicos que han resultado ser más eficaces, los cuales se van a explicar. Además, se va a añadir la rehabilitación cognitiva citada por Ricarte, Hernández y Ros (2014).

5.2 Intervenciones familiares psicoeducativas

Ya se ha comentado la importancia del ambiente familiar y social del esquizofrénico y el papel de la familia puede ser un factor protector o iatrogénico, por lo que es importante trabajar a la par con la familia y con los pacientes.

Las intervenciones llevadas a cabo con las familias son variadas pero todas ellas tienen elementos comunes que son necesarios para que haya eficacia (véase tabla 11).

| |
|---|
| - “Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias y utilización de conceptos familiares” |
| Siendo importante respetar sus necesidades y sus formas de afrontamiento, enseñarles las maneras de abordar los problemas y reconocer que tener que cuidar de un familiar enfermo puede ser una sobrecarga y es normal que se sientan sobrepasados, pero ayudándolas a que no se sientan culpables. Hay que trabajar genuinamente, viendo cómo es cada familia y trabajar desde su propia estructura familiar, viendo la familia como un todo, pero sin perder de vista los límites interpersonales entre los miembros y promoviendo la independencia del paciente cuando sea necesario, ya que hay veces que la familia puede tender a sobreprotegerlo y eso puede contribuir a mermar su autonomía y sentimientos de inutilidad y dependencia del familiar con esquizofrenia. |
| - “Proporcionar estructura y estabilidad” |
| Estableciendo un plan terapéutico en el que se contacte regularmente con la familia y se le proporcione una asistencia que les ayude a lidiar con la sensación de descontrol e impredecibilidad generada por la esquizofrenia e intentar mejorar el clima familiar. |
| - “Reestructuración cognitiva y Centrarse en el “aquí y el ahora” |
| Ante un problema mental tan complejo muchas veces las familias se preguntan “por qué a mí, por qué a mi hijo/hermano etc.”, cayendo en pensamientos rumiantes y centrados en el problema. Se encuentran perdidos porque no saben qué hacer, ni si lo que sienten ellos o sus familiares con esquizofrenia es “normal”, por lo que sienten la necesidad de dar cierto sentido a sus conductas y sentimientos y los de su familiar. Cuando hayan entendido mejor la situación, esto también les ayudará a afrontarla mejor. Es imprescindible que reciban educación sobre la esquizofrenia que se podría hacer mediante talleres informativos e interactivos (para fomentar también que la familia se exprese) sobre el trastorno. En ellos se trataría la importancia de centrarse en el presente, viendo como son las relaciones familiares, los estilos de afrontamientos, etc., y no centrarse en “Por qué mi hijo tiene esquizofrenia” sino asumir que la tiene y ver “Cómo puedo ayudar a mi hijo con esquizofrenia” mediante el trabajo con los problemas y el estrés, analizando las relaciones mutuas teniendo en cuenta cómo afrontan la situación, tratando cómo se puede mejorar. |

| |
|---|
| <p>- "Aproximación conductual"</p> <p>Se realizaría una evaluación de las necesidades y recursos que tiene esa familia, ya que no todas tienen las mismas circunstancias. Al igual que el paciente tiene sus factores de vulnerabilidad y aspectos de afrontamiento que puede mejorar, sus familiares también. Una vez evaluado lo que necesita la familia, establecer y dividir metas realistas en pequeños pasos y poner prioridades y aspectos a trabajar entre las sesiones. Por ejemplo, una madre que tiene un afrontamiento de los problemas basado en las emociones, mediante pequeñas y fraccionadas metas, enfocarla a la solución, con instrucciones como: "Cuando tu hijo tenga una crisis, en vez de focalizarte en la ansiedad que eso te provoca, tienes que ver esa ansiedad como algo normal que se pasará, y centrar recursos en apoyar a tu hijo a superar la crisis".</p> |
| <p>- "Mejorar la comunicación"</p> <p>Un aspecto importante es no juzgar las ideas delirantes ni las alucinaciones del paciente, pero tampoco darles importancia como si fueran reales y seguirle la corriente, ya que sería un efecto negativo que sean reforzadas. Es importante que los cambios en la comunicación sean solicitados de modo simple, claro y específico. También cuando el paciente está en un episodio agudo, respetar sus tiempos y no apresurar la comunicación, haciendo labor de acompañamiento en la crisis hasta que el paciente se calme. Aprender a comunicarse también es aprender a mantener silencio, ya que el paciente se puede poner más nervioso si se le insiste cuando no quiere hablar. Se le darán instrucciones a la familia en términos de: enseñarle a respetar el turno de palabra, ayudarle a expresarse cuando tenga problemas para ello, etc.</p> <p>Todo esto debería darse de forma repetida para que la mejora en la comunicación se generalice y extienda en el tiempo.</p> |

Tabla 11. *Elementos propuestos por Lam (1991) para que las intervenciones familiares en esquizofrenia sean eficaces.*

5.3 Entrenamiento en habilidades sociales

El deterioro social, como ya se ha mencionado, es una de las áreas más afectadas en las personas con esquizofrenia, siendo también la red social, como se comentó en el apartado anterior, junto con la familia, dos factores claves en el desarrollo de la enfermedad, tratándolo, se estaría incidiendo sobre un factor de vulnerabilidad que se puede modificar.

Se ponen en marcha entonces, programas de entrenamiento destinados a la mejora de estas habilidades, en los elementos de conducta expresiva (contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen y ritmo de la voz, tasa de emisión y entonación, y conducta no verbal como la postura, el

contacto ocular, la expresión facial, movimientos corporales y postura interpersonal), las conductas receptivas (percepción social, atención e interpretación de pistas que sean relevantes y el reconocimiento de emociones), las conductas interactivas (el turno de palabra, momento de responder, uso de reforzadores sociales) y factores situacionales (la inteligencia social, que se trata de conocer tanto las demandas específicas del contexto como los factores culturales). (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 1997; Mueser y Sayers, 1992). (Citado por Vallina y Lemos, 2003)

Tomaremos como ejemplo las actividades propuestas por Liberman (2002) que, apuesta por actividades altamente estructuradas, que ayudarían a los pacientes a mantener la atención, repitiendo de forma frecuente material nuevo y presentación auditiva y verbal de la información (véase tabla 12).

| | |
|--|---|
| 1. Introducción | El entrenador introduce el tema y las habilidades que lo componen y motiva a los pacientes a participar. |
| 2. Vídeo y preguntas/respuestas | Los pacientes visionan las escenas incluidas en la cinta de vídeo demostrando el uso de las habilidades, con una revisión de preguntas y respuestas. |
| 3. Role-play | Los participantes practican las habilidades demostradas en las escenas del vídeo. |
| 4. Manejo de recursos | Los participantes identifican los recursos necesarios para llevar a cabo las habilidades, así como los métodos para obtener esos recursos. |
| 5. Problemas de la ejecución | Los participantes aprenden a generar alternativas y a considerar los pros y los contras de cada alternativa para solucionar los problemas asociados con la utilización de la habilidad. |
| 6. Ejercicios en vivo | Los participantes ensayan las habilidades y el entrenador les proporciona un apoyo limitado, cuando éstos desarrollan las habilidades en situaciones de la vida real. |
| 7. Tareas para casa | Los participantes utilizan las habilidades por su cuenta fuera del grupo, en la vida cotidiana. |

Tabla 12. *Actividades de aprendizaje en las áreas de habilidad de cada módulo (Lieberman, 2002) tomada de Vallina y Lemos (2003).*

5.4 Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones

Aunque hay diversidad, hay elementos comunes en estas terapias. Nos vamos a basar en Rector y Beck (2002), que proponen una guía sobre la estructura general de la terapia cognitiva para la esquizofrenia, que aúna los elementos comunes a estos tratamientos (Citado por Vallina y Lemos, 2003):

- *“Establecimiento de la alianza terapéutica”*

Es importante crear un clima de aceptación, apoyo y colaboración, y un plan de acción bien definido, estructurado, fraccionado en metas y en tiempo.

- *“Desarrollar y priorizar la lista de problemas, psicoeducación y normalización de los síntomas de la psicosis y desarrollar una conceptualización cognitiva”*

Una vez evaluados los principales problemas del paciente, hay que tratarlos en un orden de prioridad y establecer las metas vitales que tiene el paciente, tales como conseguir un trabajo, tener más autonomía, etc., y también ver los aspectos positivos que tiene que se puedan también trabajar.

El paciente debe ser educado en la esquizofrenia y conocer su propio trastorno, el papel del estrés, los aspectos biopsicosociales, etc. e intentar que normalicen lo que les pasa como algo propio de la enfermedad, intentando que el estigma y prejuicios sociales les afecte menos y les provoque menos estrés, por medio de la explicación de todos estos factores.

Hay que hablar en términos entendibles para el paciente, ayudándole a identificar sus pensamientos, sentimientos y conductas, explicándole como las tres van unidas y se retroalimentan.

Esto solo se podría trabajar en una fase estable de la enfermedad, ya que, en una crisis aguda, el paciente no estaría en condiciones de recibir terapia ni instrucciones relativamente complejas.

- *“Técnicas cognitivas y conductuales para tratar los síntomas positivos y negativos”*

Hay que tener en cuenta la rigidez de estos pacientes y su resistencia al cambio por las propias características del trastorno, por lo que este proceso puede tomar bastante tiempo debido y en algunos casos es factible y en otros no, teniendo en cuenta las diferencias individuales del grupo con esquizofrenia. En el caso de los delirios y las alucinaciones, primeramente, se tendría una charla amena, escuchando de forma activa, sin dar de primeras por falsos y equivocados sus pensamientos ya que no sería útil y podría hacer que el paciente pensara que estamos en tono desafiante, afectando a su colaboración con la terapia. La aplicación de las estrategias se muestra mediante un ejemplo en la tabla 13.

| |
|--|
| Idea delirante: "Cuando me operaron de amígdalas en la infancia, me colocaron un dispositivo que hace que me rastreen". |
| Estrategias que poner en marcha: |
| - <u>Evaluar y reformular sus creencias:</u> Entonces, ¿cómo piensas que fue posible que te insertaran el dispositivo? ¿Crees que es algo que de verdad se les hace a las personas, has visto que le ha pasado alguna vez a alguien? Se trata de ver cuán convencido está de esa idea, y hacer que la vea desde otra perspectiva y la empiece a poner en duda. |
| - <u>Elicitar creencias sobre el yo promoviendo otras nuevas:</u> ¿Qué piensas sobre ti mismo? ¿Crees que puedes hacer frente a las creencias que te vienen cuando sabes que no son ciertas? Se trata de ver cómo se auto percibe el paciente y cómo se ve en relación con sus síntomas y si se ve capaz o no de hacerles frente y hasta qué punto le afectan, promoviendo que tenga sentimientos de mayor valía y capacidad de afrontamiento. |
| - <u>Sopesar las evidencias:</u> ¿Tienes alguna prueba de que tienes algo instalado? ¿Hay la más mínima posibilidad de que te hayan hecho eso? Se trata de poner encima de la mesa que la idea es totalmente imposible y darle evidencias. |
| - <u>Hacer explicaciones alternativas:</u> Aquí entra lo más importante, hacerle entender que es una idea provocada por su trastorno y que no tiene base real. Es imposible que te hayan colocado un dispositivo de rastreo, los médicos ni siquiera disponen de ellos, nadie tiene el interés de perseguirte y hacerte algún daño. |
| - <u>Investigar la jerarquía de miedos:</u> A la par que los delirios y las alucinaciones se da el miedo que siente el paciente cuando las padece. Cuando piensas en eso, ¿qué sientes? ¿Qué hace que tengas miedo de que alguien pueda estarte vigilando? Se puede ver si detrás de esa idea hay un miedo de ser perseguido por algún motivo y así también ir al foco del miedo y no sólo a la idea delirante en sí. |
| - <u>Utilización del role-play:</u> en el que el terapeuta intercambie el papel, y le proponga ideas delirantes y/o alucinatorias y el paciente vea el problema desde fuera y sea capaz de poner alternativas a su propio problema. |
| - <u>Trabajar conductualmente:</u> hacer tareas en casa, generalizar lo que se ha dicho en terapia. Llevar una hoja de registro ABC (que ha hecho, sentido, pensado, antes, durante y después de sufrir el delirio o la alucinación). |

Tabla 13. *Elaboración propia poniendo el ejemplo de una idea delirante basada en los puntos propuestos por Rector y Beck (2002).*

La esencia tanto en delirios como en alucinaciones es que el paciente lo acabe entendiendo como un proceso interno autogenerado, y no cómo algo externo. Pasar de "Hay voces de personas que me dicen cosas" a "Oigo voces en mi mente que son provocadas por mi propio trastorno". Se trata de intentar "traer de vuelta a la realidad" al paciente.

- *“Estrategias cognitivas y conductuales para tratar la ansiedad y la depresión comórbida”*

Es importante que esto sea tratado a la par con lo dicho anteriormente, ya que muchas veces la ansiedad y los sentimientos de inutilidad son consecuencia de la propia psicosis.

Es útil que los pacientes hagan una autoobservación, y sean capaces de detectar que han tenido una alucinación y eso les ha provocado pánico. Un registro ABC. “He tenido una alucinación”, “He sentido mucho miedo”, “Cuando dejé de oír las voces sentí mucha impotencia, ansiedad y desesperación”. Para establecer una jerarquía de cómo ocurren los hechos.

“Jamás voy a poder controlar lo que me pasa” “No sirvo para nada” “El mundo es injusto conmigo y mi futuro es negro” son ideas que tienen a menudo estos pacientes, es importante tanto intentar que cesen esos pensamientos (técnicas de parada de pensamiento) como intentar que las vayan cambiando (reestructuración de los pensamientos).

También son de utilidad las técnicas de relajación para bajar la activación corporal y mental, como la basada en la respiración o la de Jacobson.

5.5 Terapia de rehabilitación cognitiva

La terapia de rehabilitación cognitiva (TRC), propuesta por Wykes y Reeder (2005), es un nuevo tratamiento que se ha diseñado para mejorar las habilidades neurocognitivas en pacientes con trastorno esquizofrénico. Se parte de que mejorar en la función cognitiva va a llevar consigo también una mejora en otras habilidades como por ejemplo las sociocognitivas. Mediante la TRC se quiere mejorar las funciones ejecutivas (como las habilidades de planificación), la memoria, atención, etc. Es importante señalar que esta terapia evalúa la adherencia al tratamiento y la motivación de cambio. Los principales módulos de trabajo se describen en la tabla 14.

| Módulo de trabajo | Qué se hace |
|---|---|
| <p>Flexibilidad cognitiva: Se trabaja con tareas en las que los pacientes sean capaces de cambiar de una a otra, pero también de mantener en mente la información más relevante de cada tarea. Son tareas variadas con ejercicios de percepción hasta de atención dividida</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento visomotor: para mejorar la coordinación psicomotora del paciente. Por ejemplo, tareas de dividir líneas por la mitad en el punto exacto, de cancelación, en la que de una serie de elementos deben señalar las veces que aparece en la hoja uno de ellos. • Flexibilidad perceptiva: para que el paciente se dé cuenta de que existen diferentes alternativas perceptivas. Lo más usado son las imágenes de figura/fondo. • Flexibilidad conceptual: se maneja la alternancia de conceptos. Se suelen usar tareas de ordenación de cartas y de Stroop. • Entrenamiento psicomotor: para mejorar la velocidad y exactitud de las respuestas del paciente. Suelen ser tareas de movimiento de dedos y manos en función de distintos criterios. |
| <p>Memoria de trabajo</p> | <p>Se abordan los procesos ejecutivos centrales al control de la memoria. Se instruye a la persona en estrategias de memorización y mnemotécnicas, secuenciación de tareas dobles, y se trabajan de dos a cinco unidades de información al mismo tiempo.</p> |
| <p>Planificación</p> | <p>Se trata de conseguir el mantenimiento y la formación de esquemas orientados a objetivos, consiguiendo la aplicación de los procesos practicados, como los de memoria de trabajo, a tareas que requieran planificación. Se trabaja el autocontrol, el razonamiento práctico, formación de submetas, etc. Por ejemplo, ayudar al paciente a organizar sus metas y que ejecute de forma efectiva los pasos que le llevan a ella.</p> |

Tabla 14. *Módulos de trabajo en rehabilitación cognitiva para la esquizofrenia tomados de Ricarte et al, 2014.*

Además de los tratamientos psicológicos expuestos, es muy importante tener integrada una intervención de prevención de recaídas.

5.6 Prevención de recaídas

Cuando la terapia haya finalizado es importante trabajar con el paciente y la familia la prevención de recaídas. Se les debe informar de que la esquizofrenia es un trastorno que no tiene cura como tal, entendida la cura por la remisión total de síntomas de forma vitalicia, las recaídas van a estar ahí y van a tener que lidiar con ellas. El terapeuta durante este proceso les debe ayudar a entender que hay que aprender a convivir con la enfermedad y buscar estrategias.

En cada paciente, se deben identificar los factores tanto protectores como de riesgo, y entrenarlo en habilidades como se comentó en puntos anteriores.

Citaremos como ejemplo de programa de prevención propuesto por Godoy, Caballero, Godoy-Izquierdo, Vázquez y Muela (2016) *"Desafiando a la irrealidad": Programa de intervención durante la fase prodrómica para la prevención de recaídas en la esquizofrenia*. El programa consta de 24 sesiones, una sesión semanal de dos horas durante 6 meses. La intervención está destinada tanto a pacientes diagnosticados de esquizofrenia como a sus familiares, y consta de tres componentes: psicoeducación y adherencia al tratamiento, detección e intervención sobre signos tempranos, básicamente mediante TCC y fortalecimiento de la autoeficacia. Se abordan puntos como identificar las señales previas a una recaída, se mandan tareas para casa para trabajar los conceptos explicados durante las sesiones, control de los síntomas de soledad y distanciamiento de los demás, de preocupación excesiva y problemas de atención y concentración, de miedo y ansiedad, se trabaja también la adherencia a la medicación, etc.

El paciente siempre debe saber que las recaídas van a estar, pero trabajar para prevenirlas puede hacer que se den en menos intensidad, y más espaciadas en el tiempo.

Una vez tratados los tratamientos psicológicos y la prevención de recaídas, se presentan las conclusiones globales del presente trabajo.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha explicado en qué consiste el trastorno en sí y se ha expuesto una propuesta de evaluación y actuación ante la esquizofrenia basado en el modelo de vulnerabilidad-estrés. Se hace necesario un diagnóstico fiable y válido integrado con las líneas de tratamiento que se van a seguir, y todo ello lo antes posible para intentar paliar el deterioro que provoca la enfermedad, en aras de mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Estos pacientes muchas veces son los “grandes olvidados” en la terapia psicológica y se ponen a disposición de instituciones psiquiátricas donde los tratan con fármacos únicamente, lo que en muchas ocasiones impide su mejoría y les conduce a una cronificación del problema, dando lugar a lo que se conoce como “síndrome de institucionalización”, por el que se merman sus capacidades, y se incrementa el deterioro. Es necesario un abordaje multidisciplinar y una evaluación multicontexto del paciente, y tener muy claro que los fármacos antipsicóticos, a pesar de ser imprescindibles, usados como único recurso, ofrecen una ayuda muy limitada e incompleta al paciente.

Falta educación sobre la enfermedad a las familias, a los pacientes, y a la población en general. Aspectos tan importantes como el reforzamiento de los delirios y las alucinaciones son pasados por alto, y suponen un agravamiento de los síntomas psicóticos de la fase aguda. También se hace necesario tener en cuenta los factores de riesgo y actuar desde que se tengan indicios para una detección e intervención temprana.

Otro aspecto importante es que entre el 5-6% de las personas con esquizofrenia fallece por suicidio, alrededor 20% intenta hacerlo al menos una vez y muchos más tienen ideación suicida significativa (APA, 2013), lo que supone un riesgo de ocurrencia entre 30-40 veces mayor que en población general (Hawton, 2009). Son cifras muy alarmantes que son reflejo de lo grave que es el trastorno para que las personas que lo padecen lleguen a este extremo. Una adecuada intervención reduciría estas tasas.

Y, aunque en las últimas décadas se haya avanzado bastante en este campo, aún quedan muchas cosas por hacer, a nivel individual, familiar y social.

7. Referencias

- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF and YSR*. University of Vermont: Burlington.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Andreasen, N.C. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., y Agresta, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Pres.
- Bestard, J., y Cutiño, M. B. (2019). Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. *Medisan*, 23(1), 165–175. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100165
- Birchwood, M., Hallet, S. y Preston, M. (1989). *Schizophrenia: An integrated approach to research and treatment*. New York: University Press.

- Brichwood, M. (1999). Psychological and social treatments: course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 61-66.
- Bruininks, R.H., Hill, B.K., Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1986). ICAP. *Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen, DLM Teaching esources.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25–47. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100002
- Cloninger C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Develoments*, 4, 167–226.
- Cloninger C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cloninger C. R., Svrakic D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990
- Cuevas, A. M., y López, F. (2006). Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 47–60. Recuperado de <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologi co/article/view/49>
- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Gibbon, M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV- Clinical Version (SCID-CV) (User's Guide and Interview)*. Washington: American Psychiatric Press.

- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Gibbon, M. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica, (SCID-I-CV) [trad: Blanch, J.]. Barcelona: Masson. (Obra original: 1997).
- Fisher, E.P., Cuffel, B.J., Owen, R.R., Burns, B.J., Hargreaves, W., Karson, C., Lehman, A., Shem, D., Smith Jr., G. R. y Sullivan G. (1996). *Schizophrenia Outcomes Module*. Little Rock: University of Arkansas for Medical Sciences.
- Gejman, P. V., y Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72(3), 227–234. Recuperado de <http://www.medicinabuenaosaires.com/PMID/22763160.pdf>
- Godoy, J. F., Caballero, M., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L. y Muela, JA. (2016). Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. *ReiDoCrea*, 5, 56-68.
- Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M.L. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V.E. Caballo, I. Salazar, J.A. Carrobles. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 395-426). Madrid, España: Pirámide.
- Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M.L. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V.E. Caballo, I. Salazar, J.A. Carrobles. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 395-426). Madrid, España: Pirámide.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. Nueva York: W.H. Freeman.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2006). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de

Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Guízar, D. P., Saracco, R., y Fresán, A. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 35(4), 339–344. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam124i.pdf>

Hawton K. (2009). Psicosis y conducta suicida. En: XVI Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. Barcelona.

Jiménez, M.P y Ramos, F. (2009). Las esquizofrenias: Hipótesis psicobiológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos. (Eds.), *Manual de psicopatología: Volumen II*. (pp. 421-448). Madrid, España: McGraw-Hill.

Lam, D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.

Lemos, S. (1989). Esquizofrenia: componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*, 1(1-2), 55–69. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=635>

Liberman, R. P. (2002). Cognitive remediation in schizophrenia. *La Rehabilitació Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat*, 2, 10-11-12, 20-32.

Liddle, P. F., Barnes T. R. E., Moiris, D., y Haque, S. (1989). Three syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155 (supl. 7), 119-122.

Montero, D. (1993). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

- Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología conductual*, 23(1), 5–24. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/277012053> El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia
- Mueser, K. T. y Sayers, M. S. D. (1992). Social skills assesment. En D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handboock* (pp. 182-205). London: Champan y Hall.
- Muñoz, M. (2002). *Evaluación Psicológica Clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B., de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*. Madrid, España: Pirámide.
- Muñoz, M., Vázquez C., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L. y Díaz, M. (1999). Evaluación de resultados en la esquizofrenia: Un ejemplo de aplicación en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención Psicosocial*, 8(1), 73-87.
- Organización Mundial de la salud, (1992). *CIE-10 Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra: OMS.
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A., Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A Brief Neuropsychological Test Battery in Spanish with Norms by Age and Educational Level. *International Journal of Neuropsychology*. 5, (5): pp. 413-433.
- Otero, V., Navascués, D. y Rodebello, S. (1990). Escala de desempeño Psicosocial. Adaptación Española de la SBAS (Social Behaviour Assesment Schedule). *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*. 11(10), 39-47.

- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, (4), 44-50.
- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S. R. y Hewett, S. (1980). The social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring, and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15(1), 43-55.
- Rector, N.A. y Beck, A. T. (2002). Cognitive Therapy for schizophrenia: From conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 41-50.
- Ricarte, J. J, Hernández, J. V. y Ros, L. (2014). *Tratamiento de los trastornos psicóticos: Nuevas terapias cognitivas y aportaciones de la experiencia autobiográfica*. Madrid: Pirámide.
- Ritsner M. y Susser E. (2004). Temperament types are associated with self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: ¿evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Res*, 128(3), 219-228.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, I. Amigo. (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. (pp. 35-72). Madrid, España: Pirámide.
- Vázquez, C. (1987). *Traducción española de la Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (BPRS)*. Facultad de Psicología (UCM): documento interno.

- Vázquez, C. (1989). *Traducción española de la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS)*. Facultad de Psicología (UCM): documento interno.
- Vázquez, C. (1989). *Traducción española de la Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS)*. Facultad de Psicología (UCM): documento interno.
- Warner, R. (1985). *Recovery from schizophrenia*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. Nueva York: Taylor and Francis.
- Wykes, T., Tarrier, N. y Lewis, S. (1998). Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia: The way ahead? En T. Wykes, N. Tarrier y S. Lewis (Eds.) *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 1-16). Chichester, UK: Wiley.
- Zubin, J., Magazine, J., and Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability. A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.