

LA IMPORTANCIA DE LA IPT (TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA) EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Oscar Vallina Fernandez ¹

RESUMEN La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más limitadores e incapacitantes, y hasta no hace muchos años, las intervenciones psicológicas en este ámbito eran escasas o poco eficaces. El desarrollo reciente de procedimientos que combinan tratamientos farmacológicos con amplios paquetes de intervenciones psicológicas está cambiando este panorama. Unos de estos procedimientos es la Terapia Psicológica Integrada (IPT). A lo largo de este trabajo se hace una exposición de la misma, de sus resultados y de sus recientes desarrollos. Se defiende que las intervenciones integrales y articuladas son, hoy por hoy, la manera más idónea para abordar esta patología y obtener los mejores resultados y pronósticos.

1. Visión general de la esquizofrenia

Como sabemos, la esquizofrenia es un grave trastorno mental que implica una serie de disfunciones biopsicológicas que afectan a la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Con todo, ningún síntoma aislado es patognómico de la esquizofrenia y el diagnóstico implica el reconocimiento de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social (DSM-IV, 1995). Con esta definición, (compartida a su vez por la CIE-10), quedan perfectamente definidos los perfiles de esta enfermedad: alteración de la práctica totalidad de las funciones cognitivas y de los roles fundamentales del desarrollo personal. Para Birchwood & Jackson (2001) todas estas alteraciones se deberían clasificar según el tipo de deterioros que provocan, organizándose así, entre deterioros intrínsecos al propio trastorno (principalmente psicológicos) y aquellos otros que serían secundarios, y resultado de una interacción entre estos deterioros primarios y el ambiente social (esta clasificación queda expuesta en la tabla 1).

Los actuales modelos explicativos del desarrollo de la esquizofrenia, de entre los que sobresale el de vulnerabilidad, nos sirven para organizar todas estas áreas disfuncionales dentro de una dinámica que pretende un equilibrio, entre los distintos factores de protección y de riesgo, que han demostrado ser claves en el curso

de la esquizofrenia. La reducción de los elementos de riesgo incluye trabajar con aspectos como: el consumo de drogas y alcohol, los elevados niveles de emoción expresada de los familiares, el abandono del tratamiento farmacológico, la sobrecarga cognitiva y los defectuosos repertorios de afrontamiento de estrés. El fortalecimiento de los elementos protectores hace referencia al fortalecimiento del control sobre los niveles de estrés ambiental, al desarrollo de un adecuado repertorio de las habilidades de afrontamiento de estrés (tanto en el paciente como en sus familiares), a la implicación con el tratamiento (con especial atención al cumplimiento farmacológico), y a la disposición de una estructura de recursos de rehabilitación psicosocial que facilite los cuidados comunitarios de la enfermedad.

El auge de estos modelos de consenso científico sobre la esquizofrenia, ha facilitado el desarrollo a finales del pasado siglo, de las actuales modalidades de tratamiento, así como de la organización de los sistemas de asistencia a la enfermedad severa. Se pasó así, de un tratamiento asilar a uno comunitario, se introdujeron los neurolépticos como tratamiento de elección, y las intervenciones psicológicas en combinación con el tratamiento farmacológico, han empezado a mostrar su eficacia en la prevención de recaídas, en la mejoría del cuadro clínico y en la recuperación del funcionamiento social de los pacientes. Estos avances, han permitido que la esquizofrenia dejase de ser «la niña olvidada de la terapia de conducta», como declarase Bellack (1986), y se empiece a presentar como una

¹Psicólogo. U.S.M. Torrelavega. Cantabria

Tabla 1. Problemas comunes asociados a la esquizofrenia (Birchwood & Jackson, 2001)

Deterioros intrínsecos

- Síntomas persistentes: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento
- Tendencia al aislamiento, apatía, embotamiento emocional (síntomas negativos)
- Deterioros cognitivos: atención y solución de problemas
- Vulnerabilidad a futuros episodios esquizofrénicos

Deterioros secundarios*Social*

- Desempleo, deriva y empobrecimiento social
- Adversidad social: vivienda, economía, etc.
- Institucionalización
- Reducción de las redes sociales
- Discordia o rechazo familiar
- Prejuicio social hacia la enfermedad mental

Psicológico

- Pérdida de confianza y de motivación de logro
- Habilidades de supervivencia social y comunitarias atrofiadas o deterioradas
- Dependencia o semi- independencia de la familia o institucional
- Malestar debido al pobre afrontamiento de síntomas persistentes (ej. alucinaciones auditivas)

alteración sensible a los tratamientos psicosociales de orientación cognitivo-conductual. Dentro de este contexto, el diseño y la aplicación de estrategias de tratamiento y de rehabilitación, deberían considerar los diferentes niveles y tipos de alteraciones (descritos anteriormente); los diversos dispositivos asistenciales desde los que se llevan a cabo estas intervenciones (hospitales de día, centros de rehabilitación, unidades de agudos, centros de salud mental, centros de empleo protegido, etc.); las distintas fases por las que pasa la enfermedad (prodrómica, aguda, estabilización, refractaria, residual, remisión), y las diferentes aproximaciones terapéuticas que se han venido mostrando eficaces (entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones psicoeducativas familiares, terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico) para combinarlas dentro de un formato general, continuo e integrado (Lieberman, DeRisi & Mueser, 1989).

Dentro de este marco general, los últimos años han presenciado un importante esfuerzo en desarrollar y divulgar recomendaciones para llevar a cabo un óptimo tratamiento de la esquizofrenia. Así, el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense, constituye un equipo investigador (PORT) que basándose en la

evidencia científica existente concluye, que estas terapias deben consistir, en una mezcla de intervenciones psicológicas y familiares (cuyos componentes se detallan en la tabla 2) combinadas con tratamiento farmacológico antipsicótico, rehabilitación laboral y tratamiento comunitario asertivo. Estas consideraciones se van acompañando y reforzando, con el sucesivo desarrollo de guías clínicas por parte de la mayoría de las principales asociaciones profesionales internacionales que coinciden en estas directrices generales, y que además proporcionan una más precisa definición de los procedimientos terapéuticos indicados para cada una de las distintas fases de la enfermedad. (American Psychiatric Association, 1997; Canadian Psychiatric Association, 1998; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998; Sociedad Española de Psiquiatría, 1998), Expert Consensus Treatment Guideline, McEvoy, Scheifler, & Frances, 1999),

Por último, destacaremos que los principales objetivos de estos tratamientos deben estar dirigidos hacia la detección temprana, para prevenir o demorar las posibles recaídas futuras; al tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad; a las capacidades de procesamiento cognitivo; al nivel de

Tabla 2. Recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia. (Lehman & Steinwachs. 1998)

- ✓ Los tratamientos psicológicos individuales y de grupo se dirigirán a los déficits específicos y emplearan combinaciones de:
 - Apoyo
 - Educación
 - Entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales

- ✓ Las intervenciones familiares duraran al menos nueve meses y proporcionarán una combinación de:
 - Educación sobre la enfermedad
 - Apoyo familiar
 - Intervención en crisis
 - Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

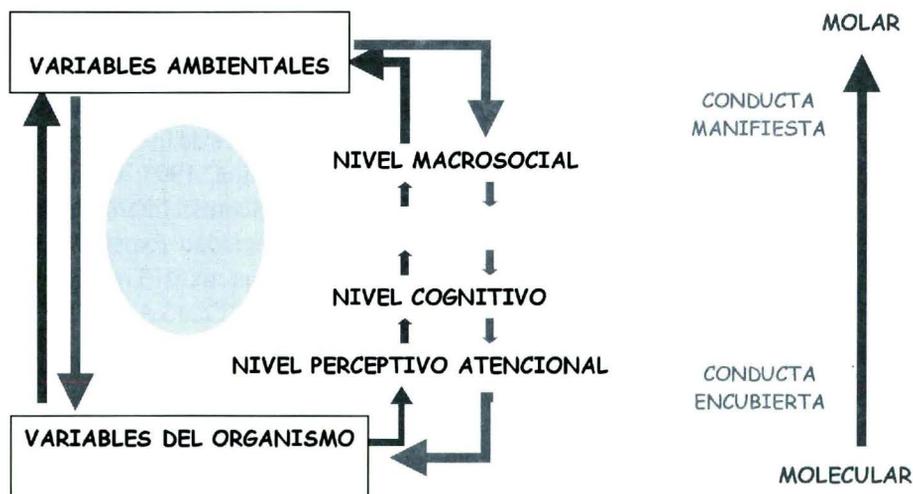
estimulación ambiental; a los estilos de interacción familiar y al ambiente de convivencia doméstico (con especial atención a la reducción de los niveles de emoción expresada); a las disfunciones biológicas; y a las capacidades de afrontamiento del paciente y de sus familias, (haciendo estas especial hincapié en el entrenamiento de habilidades sociales y en la enseñanza de habilidades de afrontamiento y de automanejo de la enfermedad). Y todo esto, dentro de un contexto de colaboración entre pacientes, familiares y clínicos, a la vez que desde la comunidad, ya que estos procedimientos han demostrado mejorar el curso y resultado de la enfermedad, evaluada en sus principales pará-

metros: recurrencia sintomatológica, índice de recaídas, funcionamiento social y calidad de vida (Vallina & Lemos, 2001).

2. La Terapia Psicológica Integrada de la Esquizofrenia. (IPT)

Uno de los escasos, pero más importante paquetes de intervención psicosocial en la esquizofrenia, que busca esta integración de esfuerzos terapéuticos dentro de un formato de amplio espectro, ha sido el desarrollado por Brenner y colaboradores. Este tratamiento se apoya en el modelo de “capacidad de penetración”,

Figura 1. Modelo de capacidad de penetración. (Brenner et al., 1992)



representado en la figura 1, y está basado en tres supuestos fundamentales: (1) que los esquizofrénicos tienen deficiencias en los diferentes niveles funcionales de organización de la conducta; (2) que las deficiencias en uno de los niveles pueden perjudicar las funciones de los otros, por lo que se supone que tienen una capacidad penetrante, y (3) que los diferentes niveles guardan una relación jerárquica mutua. (Brenner et al., 1994; Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992; Brenner, Hodel & Roder, 1990; Brenner et al., 1992; Roder et al., 1996).

Los niveles funcionales, a su vez, se considera que están organizados en cuatro categorías: (a) atencional/perceptivo (que incluye las disfunciones básicas en el procesamiento de la información); (b) nivel cognitivo (que incluye la formación de conceptos, los procesos asociativos prelingüísticos y las atribuciones); (c) nivel microsocioal (que incluye las capacidades sociales o funcionales básicas de la conducta), y (d) nivel macrosocioal (referido al desempeño de los diferentes roles sociales). Los autores que proponen el modelo de "capacidad de penetración", suponen que existen interacciones entre el procesamiento de la información y la conducta social, de modo que, por una parte, los déficits en el procesamiento elemental de la información disminuyen los procesos de integración de nivel superior y la conducta social; mientras que, por otra, la disminución de las habilidades superiores dificulta las funciones cognitivas elementales, sesgando los procesos de la atención y la codificación de los estímulos. Supuestamente, la combinación de estos dos procesos explica el inicio de los síntomas, la disminución de las habilidades sociales y el mecanismo por el cual dichas disfunciones se mantienen.

Así pues, los programas de tratamiento que traten de mitigar estos efectos deberán dirigirse tanto a mejorar las anomalías neuropsicológicas y cognitivas como a los aspectos conductuales y sociales, ya que la integración y articulación de estas variables es imprescindible para abordar adecuadamente los deterioros y discapacidades que genera la esquizofrenia, debido al grado de imbricación entre todas ellas. De esta manera, un déficit en las habilidades sociales que impide el establecimiento de relaciones interpersonales, puede provocar el desarrollo de esquemas negativos ("siempre estaré aislado", "no apporto nada a los demás"), y estos esquemas, a su vez, facilitar el surgimiento de alteraciones cognitivas básicas (distracción, dificultades

de concentración). Pero el ciclo también podría ser a la inversa. Así, los trastornos básicos (dificultades de comunicación, distraibilidad, alteraciones perceptivas) podrían producir esquemas defectuosos ("soy incapaz de poder mantener una conversación normal", "no me puedo fiar de mi mente") que a su vez, producirían una evitación del contacto interpersonal y una reducción del nivel de funcionamiento psicosocial (Chambon, Marie-Cardine & Dazord, 1996). Para eliminar estos círculos viciosos entre habilidades cognitivas básicas (percepción, pensamiento, atención, etc.), estilos atribucionales y esquemas (evaluaciones personales, esquemas interpersonales y de mundo), y habilidades sociales o repertorios conductuales, surge la Terapia Psicológica Integrada (IPT).

Este, es un programa de intervención grupal, orientado al mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos (Roder et al., 1996), que se ha experimentado con éxito en más de 700 pacientes (Roder, Brenner, Keppeler & Linn, 1997) y que consta de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas, diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales, característicos de la esquizofrenia. Los subprogramas de intervención están ordenados jerárquicamente; de modo que los primeros módulos se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, los intermedios transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y los últimos módulos entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. La aplicación de estos subprogramas, se puede seleccionar también, en función del perfil del paciente que se está tratando. De esta manera, aquellos pacientes más deteriorados, con más carga de sintomatología negativa y con un importante déficit cognitivo se presentan más adecuados para la aplicación de los tres primeros módulos de tratamiento, mientras que aquellos otros con unas habilidades cognitivas más conservadas y con mayor movilidad social, se presentan como más indicados para la aplicación de los dos últimos módulos del paquete. La tabla 3, especifica las características diferenciales de los pacientes y los módulos indicados para cada uno de estos perfiles. Cada subprograma contiene pasos concretos que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas.

Tabla 3. Indicaciones para la realización de la IPT. (Roder et al.,1996)

Terapia Cognitiva
(Diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal parte I)

- grave deterioro cognitivo
- graves temores sociales
- sintomatología más bien negativa
- escasa motivación para la terapia
- larga duración de la hospitalización

Entrenamiento en competencia social
(Comunicación verbal II, HH.SS., Solución de problemas interpersonales)

- HH.SS. insuficientes
- Hospitalizaciones cortas recurrentes
- Pacientes jóvenes
- Alta motivación para el tratamiento
- Pacientes que acaban con éxito el entrenamiento cognitivo

La puesta en práctica de las sesiones del IPT, en su formato original, se realiza en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, durante tres meses aproximadamente. Si bien, a lo largo de su desarrollo esta modalidad de aplicación a recibido diferentes variaciones. En la tabla 3, se

especifican los elementos clínicos que componen el paquete, de acuerdo con cada subprograma, el foco de actuación de estos y las técnicas que se utilizan en cada uno. Cada subprograma esta concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza des-

Tabla 4: Sinopsis de la IPT (Hodel & Brenner, 1994)

<i>Subprogramas</i>	<i>Foco de intervención</i>	<i>Técnicas de intervención</i>
<i>Diferenciación cognitiva</i>	Habilidades de atención Formación de conceptos	Clasificación de tarjetas Ejercicios de conceptos verbales
<i>Percepción social</i>	Análisis de estímulos sociales	Descripción del estímulo social Interpretación del estímulo social Discusión del sentido de la situación
<i>Comunicación verbal</i>	Habilidades de conversación	Ejercicio de repetición verbal Ejercicio de repetición de análogos Interrogantes Conversación sobre un tema de actualidad Conversación libre
<i>Habilidades sociales</i>	Competencia en habilidades sociales	Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades <i>Role-play</i>
<i>Solución de problemas interpersonales</i>	Aplicación de estrategias de solución de problemas interpersonales	Identificación y análisis de los problemas Pre-estructuración cognitiva Traspasso de la solución elegida a situaciones de la vida real.

de tareas simples y previsibles hasta tareas difíciles y complejas. A la par, se va procediendo desde unos inicios de la intervención muy estructurados hasta un final muy poco estructurado. Por otra parte, y dentro de cada subprograma, se comienza utilizando materiales emocionalmente neutros y se va avanzando con otros que aumentan la carga emocional.

3. Resultados obtenidos con la terapia psicológica integrada (IPT)

Los estudios evaluados con IPT indican que el subprograma inicial de Diferenciación Cognitiva mejora los procesos cognoscitivos elementales de los pacientes, tales como la atención, abstracción y formación de conceptos, aunque el desempeño sigue estando por debajo del rango normal; sin embargo, los datos disponibles hasta ahora no confirman, de manera general, la hipótesis teórica de la *penetración* sobre la que se apoya la IPT, ya que los efectos de significativas mejorías principalmente en variables cognitivas no se traducen en otros niveles de la conducta, de manera consistente. Afirmar que las disfunciones cognitivas y perceptivo-atencionales tienen un efecto desorganizador general sobre la conducta manifiesta, y contribuyen a la génesis de los síntomas, no implica necesariamente que los efectos terapéuticos positivos sobre la ejecución cognitiva lleven inevitablemente al restablecimiento de un adecuado repertorio conductual. La habilidad para procesar información de una manera adecuada, estable y organizada se convierte así en una condición necesaria, pero no suficiente, para la conducta normal. Es posible que factores moderadores, que hasta ahora no han sido contemplados en el modelo, inhiban el supuesto principio de penetración, como es el caso de la auto-imagen, que podría tener una posición clave entre los niveles de funcionamiento social y cognitivo (Hodel & Brenner, 1994).

Especial interés tiene la investigación realizada por Brenner y colaboradores, con dos grupos, siguiendo un diseño de la IPT en espejo (cognitivo-social o inverso) (Brenner et al., 1992), en la que se encontraron resultados relativamente mejores en la intervención social-cognitiva; si bien apreciaron mejoría clínica en ambos grupos. Los cambios observados indicaron que la intervención cognitiva no tiene un impacto significativo sobre los niveles conductuales y, en consecuencia, no resulta de gran utilidad para un entrenamiento social más efectivo. Por el contrario, comenzar por la

rehabilitación social parece ejercer un efecto descendente más apreciable hacia funciones cognitivas básicas, activando habilidades de afrontamiento, desarrollando procesos cognitivos no deteriorados y mejorando el auto-concepto.

En opinión de Liberman y Green (1992), mientras los subprogramas dirigidos a remediar los deterioros cognitivos parecen mejorar efectivamente dichas habilidades, no está claro que tales mejorías sean específicas de las técnicas cognitivas utilizadas y que similares resultados han sido logrados con el entrenamiento en habilidades sociales; cuyos beneficios sobre la cognición básica no son inesperados ya que recientes avances en esta modalidad han enfatizado procedimientos para mejorar las habilidades de recibir, procesar y emitir de los pacientes esquizofrénicos.

En la última década, se ha sometido a estudio la eficacia de la IPT con resultados bastante satisfactorios, en términos globales con pacientes crónicos moderados y severos. Así, se ofrece en la Tabla 4 una síntesis de varios estudios comparativos de la IPT con otros procedimientos terapéuticos o grupos de control (Brenner, 1987; Brenner, Hodel, Kube, & Roder, 1987; Funke, Reinecker, & Commichau, 1989; Kraemer, 1991; Kraemer, Sulz, Schmid, & Lässle, 1987; Roder, Studer, & Brenner, 1987; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, & Weiler, 1999; Theilemann, 1993; Vallina Fernández et al., 2001a; Vallina Fernández et al., 2001b). Los hallazgos generales de estos trabajos, indican que la IPT es superior al entrenamiento en habilidades sociales, a la socioterapia, o a terapias de apoyo en grupo, en reducir la desorganización psicótica y en mejorar las habilidades de solución de problemas cognitivo-sociales así como en el procesamiento atencional temprano.

4. Conclusiones sobre la IPT

Los estudios experimentales llevados a cabo con la terapia psicológica integrada que hemos mencionado anteriormente, así como diversas reflexiones de sus autores, nos permiten obtener algunas conclusiones sobre este formato terapéutico. En primer lugar, podemos observar, que las intervenciones cognitivas pueden mejorar específicamente dichas funciones, aunque estas, no parecen relevantes para el funcionamiento social de una manera rápida y estable en un breve espacio de tiempo. Se han encontrado mejorías significativas en las variables cognitivas tras el tratamiento,

Tabla 5: Resumen de los principales estudios realizados con IPT (Vallina y Lemos, 2001)

Estudio	Condiciones del tratamiento (grupos de comparación)	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Funcionamiento cognitivo	Síntomas	Funcionamiento social
Brenner et al. (1987a)	Experimental IPT Atención-placebo Control	14 15 14	3 meses, cuatro sesiones semanales	IPT mejor ejecución en atención. Mejoría significativa en Test de Benton y de Frankfurt (FCQ), en los tres grupos. A los 18 meses, se mantiene la mejoría en atención	Mejorías en la BPRS que se mantienen a los 18 meses	Mejorías en la escala de funcionamiento social. Se mantienen a los 18 meses
Brenner et al. (1987b)	Experimental IPT Control	10 8	4 meses, cuatro sesiones semanales	Grupo IPT mejoría en sinónimos, antónimos y atribución	Grupo IPT mejoría en escalas BPRS, anergia y hostilidad	
Roder et al. (1987)	Experimental IPT Control	6 8	5 meses	IPT mejor en antónimos, selección de palabras y ejecución verbal general		
Hermanutz y Gestrich (1987)	Experimental IPT Control	32 32	6-12 semanas		Mejoría en la BPRS: activación, hostilidad y depresión	Mejoría en la escala de funcionamiento global
Kraemer et al. (1987)	Experimental IPT Control	17 13	3 meses	IPT mejor en FCQ: pérdida de automatismos, trastorno motor y de pensamiento. Mejoría en test de abstracción y de percepción social	IPT mejor en paranoia y disforia. Mejor en test de afrontamiento	
Brenner et al. (1992)	IPT en espejo: Cognitivo-social Social-cognitivo	10 11	2 meses	El grupo de social-cognitivo mejoró en FCQ y en medidas de auto-imagen, mientras que el grupo 1 no mejoró	Ambos grupos mejoraron en la BPRS	Ambos grupos mejoraron en el ajuste social.
Hübmann (1989)	IPT (módulo DC) Habilidades sociales Placebo			Los dos primeros grupos mejoran en medidas verbales	El grupo 1 y 2 mejoran en psicopatología	Sólo el grupo de habilidades sociales mejora en competencia social
Kraemer et al. (1991)	IPT (módulos DC, PS y SP) Habilidades sociales		3-4 meses	Ambos grupos mejoran en medidas cognitivas (TR, reconocimiento de palabras, concentración)	Mejoría modesta y no significativa en síntomas. IPT más ansiedad social. Habilidades sociales menos activación y soledad	
Funke et al. (1989)	Experimental IPT Juegos sociales Estándar	9 6 9	IPT 10 meses sus dos subprogramas	IPT mejor en medidas cognitivas comparado con el estándar. IPT y juegos sociales no diferencias significativas	IPT mejor en BPRS comparado con estándar. IPT y juegos sociales no diferencias	
Theilemann (1993)	Experimental IPT Socioterapia	24 21	6 semanas, ocho sesiones por semana	IPT mejora el procesamiento cognitivo y la memoria a largo plazo, y en menor medida la interferencia y la sobreinclusión. Después de 12 meses de la terapia, sin embargo, las diferencias intergrupos dejaron de ser significativas.	IPT redujo los síntomas más rápidamente que la socioterapia	
Spaulding et al. (1999)	IPT Terapia de apoyo en grupo		6 meses	IPT mejor en procesamiento atencional temprano y en solución de problemas	IPT mejor en reducción de la desorganización psicótica	
Vallina et al. (2001ab)	IPT (módulos PS, CV, HS y SP) + terapia familiar Control	20 15	12 meses, con seguimiento de 9 meses	El grupo experimental mejora significativamente en las escalas del funcionamiento cognitivo del Test de Frankfurt (FCQ)	El grupo experimental reduce significativamente los síntomas en BPRS y la tasa de recaídas en el seguimiento	Mejora significativa en medidas de funcionamiento social (SFS y FQ)

mientras que sus efectos sobre los niveles conductuales han sido inconsistentes. Se sugiere, por ello, que un adecuado tratamiento de la cognición social requiere una intervención multidimensional, combinando los métodos que incorporen estrategias conductuales e interpersonales, así como métodos dirigidos hacia los déficit de procesamiento de la información. Como consecuencia de esto, se ha ido realizando diversas modificaciones del formato clínico y de los procedimientos integrados en el mismo (Kraemer, Dinkhoff-Awizsus, & Moller, 1994; Schaub, Andres, Brenner, & Donzel, 1996) que han tratado de paliar las deficiencias señaladas.

Otra observación, es la referida a la utilización de los subprogramas sociales de la IPT. Se ha podido comprobar como el uso de estos subprogramas desde el principio de la intervención reduce el elevado nivel de *arousal* de los pacientes esquizofrénicos, produciendo también mejoría en las habilidades básicas de procesamiento de la información. Las intervenciones sociales, desde el principio de la terapia, motivan al paciente debido a su relevancia para los problemas reales; mientras que las intervenciones centradas en funciones cognitivas no parecen ser útiles para la vida diaria. Los autores consideran, sin embargo, que para la integración de las tareas cognitivas y sociales se re-

quiere una mayor ponderación de las meta-funciones en el procesamiento de información. Del mismo modo, defienden que los distintos aspectos emocionales, implicados en interacciones sociales relevantes, merecen una gran consideración a la hora de planificar la rehabilitación; por lo que incluir el manejo emocional como una parte integral del programa potencia el efecto de la terapia sobre las funciones de procesamiento de información.

En lo referente a la modalidad de aplicación, en opinión de Hodel y Brenner (1994), los procedimientos terapéuticos de entrenamiento cognitivo en grupo son particularmente efectivos en el tratamiento de los desórdenes primarios relacionados con la vulnerabilidad.

A estas consideraciones, y basándonos en nuestra propia experiencia con la aplicación de la terapia psicológica integrada en un servicio público de salud mental (Vallina et al., 1998; Vallina et al., 2001a; Vallina et al., 2001b) creemos que se pueden añadir las siguientes reflexiones:

1. La aplicación de programas integrados como los aquí descritos, deben incluir en su formato la intervención familiar. Actualmente, sería impensable una modalidad de intervención comunitaria en esquizofrenia que no incorporase este recurso. Este trabajo con las familias, deberá organizarse en tor-

no a una serie de elementos comunes a las diversas modalidades de intervención familiar y que han mostrado su eficacia: Educación sobre la esquizofrenia, tratamiento de la emoción expresada, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en mejora de la comunicación, reducción del contacto interpersonal, ampliación de las redes sociales de los familiares y ajuste de las expectativas familiares sobre el paciente (Leff, 1996). Con esta integración se consiguen resultados positivos sobre el estado clínico del paciente, sobre su nivel general de estrés, sobre sus habilidades sociales y de afrontamiento general y sobre su índice de recaídas. Paralelamente se consigue cambios familiares positivos en el estilo familiar de afrontamiento de la enfermedad, en los niveles de carga familiar, y en sus actitudes hacia la misma. Se puede afirmar, en consecuencia, que intervenciones integrales producirán mejorías integrales.

2. Este formato de terapia se adapta perfectamente a nuestro entorno sanitario y cultural, siendo fácilmente aplicable desde nuestros dispositivos asistenciales. De hecho, el impacto terapéutico de la IPT y de otras terapias psicosociales puede estar reforzado por el ambiente externo, natural; de modo que las habilidades sociales y la ansiedad social pueden mejorarse más en pacientes ambulatorios que en los hospitalizados.
3. Las mejorías obtenidas tras la aplicación de la IPT combinada con intervención familiar se mantienen en el entorno natural durante un mínimo de nueve meses (Vallina et al., 2001a). En seguimientos posteriores a cuatro años (Vallina et al., 2001c) se observa una pérdida de estos efectos. Esto nos lleva a la necesidad de adaptar este formato de terapia para poder mantenerse de manera indefinida, aplicándose con distintos niveles de intensidad según el momento biográfico del paciente y el estadio de la enfermedad.
4. En cuanto a los elementos que componen la terapia, en nuestra opinión, se hace necesaria una ampliación y actualización de los mismos. De esta manera, es fundamental disponer de un protocolo de evaluación que nos proporcione información detallada de las áreas fundamentales que deben medirse en la esquizofrenia: Funcionamiento premórbido, trastornos básicos, síntomas primarios y secundarios, procesos cognitivos básicos, síntomas

prodrómicos, precipitantes, estresores psicosociales, habilidades de afrontamiento, funcionamiento psicosocial y funcionamiento familiar (incluyendo este los niveles de emoción expresada, la carga familiar objetiva y subjetiva y estilos de afrontamiento familiar). Respecto al módulo de percepción social, como es sabido, el trabajo con lectura de claves sociales y de emociones es fundamental. En este sentido trabajar solamente con información visual estática resulta bastante limitador, por lo que se debería ampliar el módulo con la inclusión de material auditivo (grabaciones de conversaciones sin imagen), y audiovisual (escenas sociales en vídeo). Esto permitiría un entrenamiento más detallado y profundo de los elementos no verbales de la comunicación, aspectos claves para el manejo de la expresión de emociones y de la referencialidad. Por otro lado, el desarrollo de las nuevas terapias cognitivas para el tratamiento de sintomatología psicótica residual, y los nuevos modos de relación con el paciente psicótico que estas promulgan (Garety, Fowler & Kuipers, 2000) deben ser añadidos a estos paquetes para enriquecerlos y seguir ampliando el espectro de actuación de los mismos.

5. Otro elemento que nos parece de gran relevancia es el avanzar en un proceso de ajuste de la terapia a los pacientes. En esta línea, pensamos que se puede describir un tipo de pacientes que se puede beneficiar particularmente de esta modalidad de tratamiento, y para quien pensamos que está especialmente indicada. Se trataría de un paciente de entre 18 y 40 años, sin consumo continuado de drogas (sí se incluye el consumidor esporádico), que conviva con su familia y que ésta se implique activamente en el tratamiento, o bien en su caso, que no obstruya o distorsione gravemente el mismo, que no haya pasado prolongados ingresos hospitalarios y con un ligero o moderado déficit ejecutivo frontal. En este sentido, y de acuerdo con el modelo trifactorial de deterioro cognitivo propuesto por Spaulding et al., (1994), los pacientes esquizofrénicos sin deterioro ejecutivo frontal, deberían recibir entrenamiento en tareas de rehabilitación de baja redundancia, centradas en el manejo de estrés, la autorregulación, la prevención de recaídas y el manejo de síntomas y de la medicación.

6. Por último, el tiempo de duración de la terapia es otro elemento a ajustar, resulta bastante evidente que los formatos breves de rehabilitación no son una modalidad recomendable para trabajar con la esquizofrenia, existiendo como hemos visto ya, indicaciones internacionales de duraciones no inferiores a nueve meses o un año (Lehman & Steinwachs, 1998; Liberman, Vaccaro & Corrigan, 1995). Es en esta línea en la que pensamos que deben ajustarse los tiempos de aplicación de esta terapia.

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

Tras el desarrollo y asentamiento de la IPT, se han ido produciendo una serie de innovaciones dentro del ámbito conceptual de los tratamientos integrados para la esquizofrenia. Andres et al., (2001) clasifican estos avances en tres nuevas modalidades terapéuticas. Uno de estos nuevos programas surgido a partir de la IPT, es el conocido como *entrenamiento en el manejo de emociones (EMT)*, destinado a reducir la influencia de estados emocionales perturbadores en el funcionamiento cognitivo y social. Dicho subprograma, estructurado en ocho pasos, comienza con la descripción de las emociones por el paciente y avanza desde el análisis de sus estrategias de afrontamiento espontáneas hasta la adquisición de formas de afrontamiento específicas. Los resultados de la primera evaluación de este procedimiento, sobre una muestra de 31 esquizofrénicos, describen un impacto positivo sobre el control cognitivo superior a otros procedimientos, como la relajación o el entrenamiento cognitivo focalizado (Hodel & Brenner, 1997).

Otro de estos desarrollos, consiste en una serie de nuevos programas diseñados para complementar la IPT y tratar de solventar el problema de la pobre generalización y transferencia de las habilidades adquiridas en programas de entrenamiento a la vida cotidiana en la comunidad. Es el *programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales (WAF)*, según las abreviaturas de los términos en alemán). Se trata de tres programas de entrenamiento en habilidades sociales y cognitivas, que pretenden integrar las intervenciones conductuales con las modalidades convencionales de rehabilitación, que se pueden aplicar

completamente al margen del resto de módulos de la terapia (si bien surgen como un extensión del modulo de habilidades sociales del IPT) y que están dirigidos a proporcionar entrenamiento en habilidades en tres áreas vitales clave: ocio, vivienda y empleo para optimizar los resultados de los procesos de rehabilitación en la esquizofrenia (Roder et al. 2001; Roder et al. 2002). La estructura de terapia es común para los tres, consistiendo en cuatro etapas: (1) Clarificar las necesidades personales y entrenar en los recursos disponibles, (2) Obtener las metas personales para una posterior estructuración de las situaciones de trabajo, (3) Entrenamiento en habilidades sociales para implementar las metas propuestas, (4) Afrontamiento de las dificultades surgidas en el ambiente de trabajo. En cada una de esas etapas se produce una aplicación de diversas técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, refuerzo positivo, inoculación de estrés, solución de problemas, autocontrol, etc.) en cuatro tipos de formatos: entrenamiento en grupo, sesiones individuales, ejercicios en vivo y tareas para casa. El centro de la intervenciones siempre son las principales necesidades y dificultades de los pacientes. Un amplio estudio llevado a cabo con ciento cinco pacientes y con seguimiento a un año, parece apoyar la validez y efectividad de estos nuevos desarrollos terapéuticos (Roder et al., 2002).

El último de estos avances es el *programa de tratamiento orientado al afrontamiento*. Una modalidad de tratamiento orientada hacia el afrontamiento y que está basada en los programas psicoeducativos y en los resultados de las investigaciones sobre las conductas de afrontamiento que utilizan los esquizofrénicos. (Schaub et al., 1997; Andres et al., 2000a). Este programa consta de cuatro partes. La primera consiste en proporcionar información sobre la enfermedad (vulnerabilidad, signos tempranos de alarma, curso, estrategias para las crisis y posibles tratamientos); la segunda parte consiste en definir el estrés en sus diversas variantes (cognitivo, conductual, emocional y fisiológico), seleccionar las distintas situaciones de estrés personal y entrenar distintas conductas de afrontamiento adecuadas; la tercera parte se centra en la salud en general y en el desarrollo de conductas saludables; la última parte consiste en sesiones psicoeducativas con los familiares, dirigidas a informarles sobre el trastorno y su tratamiento y a aliviar el estrés que supone convivir con esta enfermedad (Andres et al., 2000b).

Como se puede apreciar, el IPT, es ya, más que un formato de terapia cerrado, una matriz de la que surgen permanentemente nuevas maneras de afrontar la esquizofrenia y que van incorporando de modo continuo los avances científicos que se van sucediendo para paliar o eliminar los múltiples deterioros y discapacidades que genera. En este trabajo hemos descrito el formato principal de terapia y las ulteriores innovaciones que se están produciendo desde una perspectiva que nos parece la más indicada y eficaz para el abordaje de esta difícil enfermedad. Es de esperar, que poco a poco, en nuestro país, nuestros sistemas de salud vayan incorporando estas modalidades terapéuticas, acordadas en la comunidad científica como las más indicadas, y vayamos mejorando de esta manera la calidad de la asistencia a esta patología, mejorando así las expectativas de estos pacientes en su recuperación.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154 (Suppl. 4).

Andres, K.; Pfammatter, M.; Garst, F. et al., (2000a). Effects of coping-oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: A pilot study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101, 4, 318-322.

Andres, K.; Pfammatter, M.; Brenner, H.D. & Jimeno-bulnes, N. (2000b). *Terapia de grupo orientada a la superación de la esquizofrenia. Manual de entrenamiento y aplicación*. Aula Médica ediciones. Madrid.

Andres, K.; Brenner, H.D.; Hodel, B.; Pfammatter, M. & Roder, V. (2001). Further advancement of the Integrated Psychological Therapy Program for schizophrenic patients: intervention methods and results. En : Brenner, H.D., Böker, w. & Genner, R. (Eds.) *The treatment of schizophrenia-status and emerging trends*. (pp. 121-136). Hogrefe & Huber publishers. Germany.

Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*, 17, 199-214.

Birchwood, M. & Jackson, C. (2001). Schizophrenia. Psychology Press. UK.

Brenner, H. D. (1987). On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. In J. S. Strauss, W. Böker, & H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 136-151). Toronto: Hans Huber.

Brenner, H. D.; Hodel, B.; Kube, G. & Roder, V. (1987). Kognitive therapie bei schizophrenen: Problemanalyse und empirische ergebnisse. *Nervenarzt*, 58, 72-83.

Brenner, H. D.; Hodel, B.; Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. In F. P. Ferrero, A. E. Haynal, & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). London: John Libbey.

Canadian Psychiatric Association. (1998). Canadian practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (Suppl. 2).

Chambon, O.; Marie-Cardine, M. & Dazord, A. (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: a french study. *European Psychiatry*, 11, (suppl 2), 77s-84s.

Funke, B.; Reinecker, H. & Commichau, A. (1989). Grezen kognitiver trainingsmethoden bei schizophrenen lanzeitpatienten. *Neuropsychiatrie*, 60, 750-756.

Garety, P.; Fowler, D.; & Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.

Hodel, B. & Brenner, H. D. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl. 284), 108-115.

Hodel, B. & Brenner, H. D. (1997). A new development in integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): First results of emotional management training. In H. D. Brenner, W. Boeker, & R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 118-134). Goettingen: Hogrefe & Huber.

Kraemer, S. (1991). Cognitive training and social skills training in relation to basic disturbances in chronic schizophrenic patients. In C. N. Stefanis (Ed.), *Proceedings of the World Congress of Psychiatry: 1989* (pp. 478-483). Amsterdam: Elsevier.

Kraemer, S.; Dinkhoff-Awiszus, G. & Moller, H. J. (1994). Modification of integrated psychological therapy for schizophrenic patients. In H. D. Brenner, V. Roder, B. Hodel, N. Kienzie, D. Reed, & R. Liberman (Eds.), *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients* (pp. 139-144). Bern: Hogrefe & Huber.

Kraemer, S.; Sulz, K. H. D.; Schmid, R., & Lässle, R. (1987). Kognitive therapie bei standardversorgten schizophrenen patienten. *Neuropsychiatrie*, 58, 84-90.

Lehman, A. F. & Steinwachs, D. M. and the co-investigators of the PORT project (1998). Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-10.

Liberman, R. P.; DeRisi, W. J.; & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Eknsford, NY: Pergamon Press.

- Lieberman, R. P., & Green, M. F. (1992). Whither cognitive behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 27-35.
- Lieberman, R. P. (Ed.). (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1988).
- Lieberman, R. P.; Vaccaro, J. V. & Corrigan, P. W. (1995). Psychiatric rehabilitation. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/VI (Vol. 2)* (pp. 2696-2719). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- McEvoy, J. P., Scheifler, P. L., & Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guidelines series: Treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 11), 1-80.
- Roder, V.; Brenner, H. D.; Hodel, B. & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Roder, V.; Studer, K. & Brenner, H. D. (1987). Erfahrungen mit einem integrierten psychologischen therapieprogramm zum training kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten in der rehabilitation schwer chronisch schizophrener patienten. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 138, 31-44.
- Roder, V.; Zorn, P.; Müller, D. & Brenner, H.D. (2001). Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52, 11, 1439-1441.
- Roder, V.; Brenner, H.D.; Müller, D.; Lächler, M.; Zorn, P.; Reisch, T.; Bosch, J.; Bridler, R.; Christen, C.; Jaspén, E.; Schmidl, F. & Schwemmer, V. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-373.
- Rund, B.; Moe, L.; Sollien, T.; Tjell, A.; Bohgrevink, T.; Hallert, M. & Naess, P. (1994). The psychosis project: Outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment program for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 211-218.
- Schaub, A.; Andres, K.; Brenner, H. D. & Donzel, G. (1996). *A group format coping-oriented treatment programme for schizophrenic patients: Developments and first results*. Paper presented at the V Congress World Association for Psychological Rehabilitation, Rotterdam.
- Schaub, A.; Andres, K.; Brenner, H. D. & Donzel, G. (1997). Developing a group format coping-oriented treatment programme for schizophrenic patients. In: H. D. Brenner, W. Boeker, & R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 228-251). Goettingen: Hogrefe & Huber.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (1998). *Psychosocial interventions in management of schizophrenia: A national clinical guideline*. Edinburgh: author.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (1998). *Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid: Janssen-Cilag.
- Spaulding, W. D.; Sullivan, M.; Weiler, M.; Reed, D.; Richardson, C. & Storzbach, D. (1994). Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl. 284), 116-124.
- Spaulding, W.; Reed, D.; Sullivan, M.; Richardson, C. & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 657-676.
- Theilemann, S. (1993). Comparing cognitive therapy with sociotherapy in reducing cognitive disturbances of schizoaffective disorders. *Neuropsychiatry*, 64, 587-593.
- Vallina, O.; Lemos, S.; Garcia, A.; Otero, A.; Alonso, M. & Gutierrez, A. (1998). Tratamiento Psicológico Integrado de Pacientes Esquizofrénicos. *Psicothema*, 10, 2, 459-474.
- Vallina Fernández, O.; Lemos Giráldez, S.; Roder, V.; García Saiz, A.; Otero García, A.; Alonso Sánchez, M. & Gutiérrez Pérez, A. M. (2001a). Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 15, 3, 167-179.
- Vallina Fernández, O.; Lemos Giráldez, S.; Roder, V.; García Saiz, A.; Otero García, A.; Alonso Sánchez, M. & Gutiérrez Pérez, A. M. (2001b). An integrated psychological treatment program for schizophrenics. *Psychiatric Services*, 52, 9, 1165-1167.
- Vallina, O.; Lemos, S.; García, A.; Gutiérrez, A.; Alonso, M. & Ortega, J. A. (2001c). Resultados de la Terapia Psicológica Integrada en pacientes esquizofrénicos españoles cuatro años después. Ponencia presentada al *Congreso Europeo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) dentro del symposium: Cognitive therapy in schizophrenia: Overview and results*. 30 de Septiembre a 4 de Octubre del 2001. Madrid.
- Vallina Fernández, O. & Lemos Giraldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 3, 345-364.