

Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave

Psychotherapeutic Intervention in Severe Mental Illness

Juan José Belloso Ropero

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid*, España

Resumen. En este trabajo se reflexiona sobre el concepto de Trastorno Mental Grave y las connotaciones negativas frecuentemente asociadas. Se revisan las intervenciones psicológicas más eficaces disponibles para el abordaje de tres patologías representativas en este campo (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Primer Episodio de Psicosis). Finalmente, el autor concluye que la psicología clínica es necesaria en el abordaje de las patologías graves, y que posee herramientas útiles que alientan una perspectiva optimista sobre su evolución. *Palabras clave:* trastorno mental grave, tratamientos psicológicos eficaces, esquizofrenia, trastorno bipolar, intervención temprana en psicosis.

Abstract. This paper presents a further and deeper thought on the concept of Severe Mental Disorder and the negative connotations that are often associated with it. We review the most effective psychological interventions available for tackling three of the most typical diseases in this field (Schizophrenia, Bipolar Disorder and First Episode Psychosis). Finally, the author's conclusion on the need of clinical psychology with its already developed tools in order to deal with serious diseases, spurs a positive perspective on their evolution.

Keywords: severe mental illness, effective psychological treatments, schizophrenia, bipolar disorder, early intervention in psychosis.

El concepto de gravedad en salud mental

No hace mucho tiempo, varios de los pacientes que se encontraban en ese momento en el programa de tratamiento ambulatorio de Trastorno Mental Grave del Servicio de Psiquiatría del H.U. 12 de Octubre, se quejaban del nombre que dicho programa tenía. Sin duda varias ideas pasaban por sus cabezas, y ninguna positiva, al pensar en este calificativo. A saber:

- ¿Trastorno Mental Grave significa incurable?
- ¿Habían sido derivados a este recurso porque el resto de los dispositivos estaba destinado a otros menos graves?
- ¿Tan malo era lo que ellos tenían?
- ¿No tenían remedio?

*Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse al e-mail: jjbeloso@hotmail.com

Ya que el título de este artículo es Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave, no he podido evitar acordarme de esta anécdota. Al ser el vocablo “grave” una palabra tan llamativa y repleta de connotaciones negativas, me parece útil iniciar este trabajo partiendo del análisis de su significado.

Si recurrimos a la última edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (R. A. E., 2001), se recogen las siguientes acepciones para la palabra grave:

(Del lat. *gravis*).

- adj. Dicho de una cosa: Que pesa. U. t. c. s. m. La caída de los graves.
- adj. Grande, de mucha entidad o importancia. Negocio, enfermedad grave.
- adj. Enfermo de cuidado.
- adj. Circunspecto, serio, que causa respeto y veneración.
- adj. Dicho del estilo: Que se distingue por su circunspección, decoro y nobleza.
- adj. Arduo, difícil.
- adj. Molesto, enfadoso.
- adj. Acús. Dicho de un sonido: Cuya frecuencia de vibraciones es pequeña, por oposición al sonido agudo.
- adj. Fon. Dicho de una palabra: llana. U. t. c. s.

El Diccionario del uso del Español (María Moliner, 2007) puede ayudarnos a completar el significado:

- adj. Pesado. m. Fís. Cuerpo: “La caída de un grave en el espacio”. Ingrávido.
- adj. Se aplica a acciones o situaciones que envuelven peligro o tienen o son susceptibles de tener consecuencias muy dañosas: “La situación es grave pero no desesperada. Una enfermedad grave. Una falta grave”. Capital, comprometido, de cuidado, difícil, importante, mortal, trascendental. Gravedad, graveza, importancia, seriedad. Ligero. Agravar. Empeorar. Importancia. Peligro. Serio.
- (gram. yuxtapuesto, rara vez con “ser”, y alguna vez, sólo aplicado a personas, con “estar”) Aplicado a personas, a su gesto o actitud, a sus palabras, etc., serio, respetable o solemne: “Un grave profesor. Me alarmé al verle con una cara tan grave. Nos hicieron impresión sus graves palabras”.
- Aplicado al estilo, elevado.
- Aplicado a sonidos, poco agudo: de pocas vibraciones por segundo. Bajo.
- Gram. Aplicado a las palabras, acentuado en la penúltima sílaba. Llano. Gram. También se aplica al acento que carga en esa sílaba: “Acento grave”. Gram. Y al acento (signo) consistente en una tilde dirigida de arriba abajo y de izquierda a derecha.
- Molesto o enfadoso.
- Difícil.

Dado que el significado de un concepto se establece por la “malla” de relaciones que establece con otros, no podemos evitar darle parte o toda la razón a la preocupación de los protagonistas de la anécdota. En esta red semántica, las asociaciones pertinentes al ámbito que abordamos, se establecen con términos como enfermedad, peligro, enfermo de cuidado, importancia, arduo, difícil, mortal... Todos ellos términos negativos, que aluden a peligro, consecuencias indeseables, dificultades, etc.

Esta construcción de lo grave en términos negativos también se ha producido en torno a las etiquetas diagnósticas que integran el concepto de Trastorno Mental Grave. Palabras como “Esquizofrénico” o “Psicótico” van lastradas de imágenes y connotaciones nada positivas en la mentalidad general. Hay que recordar que términos como “imbécil” o “idiota” eran hace aproximadamente un siglo sólo vocablos científicos. Pero esta es una idea a la que luego volveré a hacer referencia, de capital importancia en la idea del estigma, la autoestima, la conciencia de enfermedad y la identidad, no queriendo adelantarme aún.

Pero con independencia de las asociaciones que se establezcan, no podemos negar que el constructo Trastorno Mental Grave (TMG) o Severo (TMS) se haya convertido en los últimos años en una categoría casi universalmente aceptada y que haga referencia a un perfil concreto de pacientes. De acuerdo con Vila Pillado et al. (2007) el trastorno mental severo se entiende en una primera aproximación al concepto como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

El trastorno mental grave

No se han desarrollado unos criterios homogéneos, pero la definición más consensuada probablemente tal vez sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (National Institute of Mental Health, 1987), que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad. Según la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2003) cubriría los siguientes diagnósticos.

- Trastornos esquizofrénicos.
- Trastorno esquizotípico.
- Trastornos delirantes persistentes.
- Trastornos delirantes inducidos.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- Trastorno bipolar.
- Episodios depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Trastornos depresivos graves recurrentes.
- Trastorno obsesivo compulsivo.

La inclusión de los trastornos de personalidad sigue siendo objeto de controversia, aunque dado que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida, se considera que sí podrían clasificarse como Trastorno Mental Grave o Severo.

2. Duración de la enfermedad y el tratamiento: superior a 2 años.

3. Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medida a través de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I). La consecuencia es una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Las personas con un Trastorno Mental Severo presentan una serie de características comunes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a la familia, y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación.

A estas características podrían sumarse muchas más que completarían el retrato de este tipo de pacientes, sobre todo en lo relativo a sus dificultades de tratamiento:

- Inadecuada conciencia de enfermedad.
- Baja adherencia al tratamiento.
- Dificultades de vinculación a los profesionales y dispositivos.
- Presencia de comorbilidad.
- Factores de riesgo asociados (abuso o dependencia de tóxicos).
- Escaso autocuidado.
- Alta probabilidad de recaída y/o reingresos psiquiátricos.
- Dificultad para la estabilización clínica (riesgo de situación aguda casi continua).
- Mortalidad.

En una comunicación (Caballero, Belloso, y Arranz, 2009) presentada en el XIV Curso de Esquizofrenia del H. G. U. Gregorio Marañón puede apreciarse el perfil de los pacientes afectos de Trastorno Mental Grave que

eran derivados al programa de tratamiento ambulatorio del mismo nombre, en el H. U. 12 de Octubre de Madrid, fundamentalmente desde la Unidad de Hospitalización Breve del propio hospital.

Diagnóstico principal:

- Psicosis no afectivas (fundamentalmente esquizofrenias): 70 %.
- Psicosis afectivas: 22 %.
- T. personalidad: 8 %.
- Diagnóstico secundario: 40 %.
- Tóxicos: 34 %.
- T. Personalidad: 8 %.
- Otros diagnósticos: 11 %.

Sexo:

- V (52 %).
- M (48 %).

Media de ingresos (2 años): 2,7 ingresos por paciente.

Estos datos llaman la atención por varios motivos. En primer lugar la elevada comorbilidad. Casi la mitad de los pacientes tienen más de un diagnóstico añadido al principal diagnóstico “grave” y, de éstos, lo más frecuente es que acumulen dos y hasta tres diagnósticos secundarios (abuso o dependencia de uno o más tóxicos + T. personalidad). En segundo lugar, el número de ingresos. Esta cifra es tan elevada porque el programa de tratamiento ambulatorio se enfocaba sobre aquellos pacientes con elevado riesgo de recaídas y/o excesivo número de ingresos previos.

Un caso particular de TMG lo constituyen los pacientes que sufren un Primer Episodio Psicótico (PEP). De acuerdo a la definición de TMG, en principio quedarían excluidos debido al menor tiempo de evolución en su enfermedad, pero el diagnóstico de psicosis, recogido en el primer punto de la definición y su posible evolución en el futuro, amenaza la recuperación funcional del paciente debido al elevado riesgo de recaída tras el primer brote. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009), en su publicación monográfica acerca de la atención temprana a los primeros episodios, recoge el dato de la alta probabilidad de recaída en el primer año: de los que no toma el tratamiento recaen el 60 % y de los que lo continúan un 40 % experimentan recidiva.

Un número elevado de recaídas y/o la persistencia de síntomas negativos y positivos de manera casi permanente introduciría al paciente, normalmente muy joven, en el circuito de la cronicidad, precisamente en un momento vital muy delicado, terminando de configurar su identidad personal y social, al tiempo que inicia su proceso de independencia familiar y económica.

En el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre se desarrolla, coordinado por el Dr. Rubio Valladolid, desde el año 2009 un programa de atención a Primeros Episodios Psicóticos, siendo el principal objetivo la prevención de recaída precoz en el primer año, mediante el desarrollo de la conciencia de enfermedad, potenciando la adherencia al tratamiento y reduciendo la comorbilidad (patología dual).

Belloso, Caballero, Rubio, Arranz, De Juan, (2010) analizaron las características sociodemográficas y diagnósticas de los pacientes tratados en este programa (Tabla 1 y Figuras 1 y 2).

El modelo de vulnerabilidad como marco de referencia

Desde que fue formulado por Zubin y Spring (1977) a finales de los setenta del siglo pasado, el modelo de vulnerabilidad se ha convertido en una herramienta muy útil a la hora de diseñar una intervención psicoterapéutica, comprender una amplia gama de fenómenos que rodean al paciente con TMG, facilitar la comprensión por parte del propio paciente de su enfermedad y desarrollar en éste una expectativa positiva de control frente al caos que supone la recaída y el proceso de recuperación. Por último, este modelo, al plantear una dialéctica de diátesis-estrés, ayuda a enfocar el futuro en términos de estrategias de prevención y calidad de vida.

Tabla 1.

Edad	
Media	25
Mediana	23
Sexo	
Hombre	77 %
Mujer	23 %
Estado Civil	
Soltero	82 %
Casado / Pareja	13 %
Separado / Divorciado	5 %
Convivencia	
Familia de origen	80 %
Familia propia	15 %
Sólo	2,50 %
Otras modalidades	2,50 %
Nivel educativo	
Primer ciclo	72 %
Segundo ciclo	18 %
Estudios universitarios	10 %
Situación laboral	
Desempleado	59 %
Estudiante	15 %
Trabajando	5 %
Ama de casa	8 %
ILT	8 %
Incapacidad permanente	2,50 %
Otras situaciones	2,50 %

Brevemente, este modelo parte de la existencia de una vulnerabilidad, resultado de la interacción de influencias genéticas y ambientales tempranas. En este sentido todos seríamos vulnerables a desarrollar un Trastorno Mental Grave, pero esta vulnerabilidad o fragilidad variaría de unos individuos a otros. Esta vulnerabilidad no sería el único factor que interviene en el desarrollo del trastorno, siendo necesaria la interacción con factores de riesgo presentes en el entorno, como por ejemplo el estrés y los tóxicos.

Este modelo, como se apuntaba más arriba, brinda a la persona un marco para comprender y responder a la pregunta “¿por qué a mí?”, y diseñar una estrategia que disminuya el grado de vulnerabilidad (“¿y ahora qué?”). El modelo se completa introduciendo además elementos que facilitan el desarrollo de una actitud proactiva en el paciente, ya que se insiste en la importancia de aprender habilidades de afrontamiento que palién la influencia del estrés ambiental, así como conocer los factores de riesgo controlables que pueden modular el pronóstico de la enfermedad y su impacto. En función del diagnóstico, paciente y momento evolutivo, unos factores van a ser más decisivos que otros. Un listado no exhaustivo podría incluir los siguientes:

Figura 1.

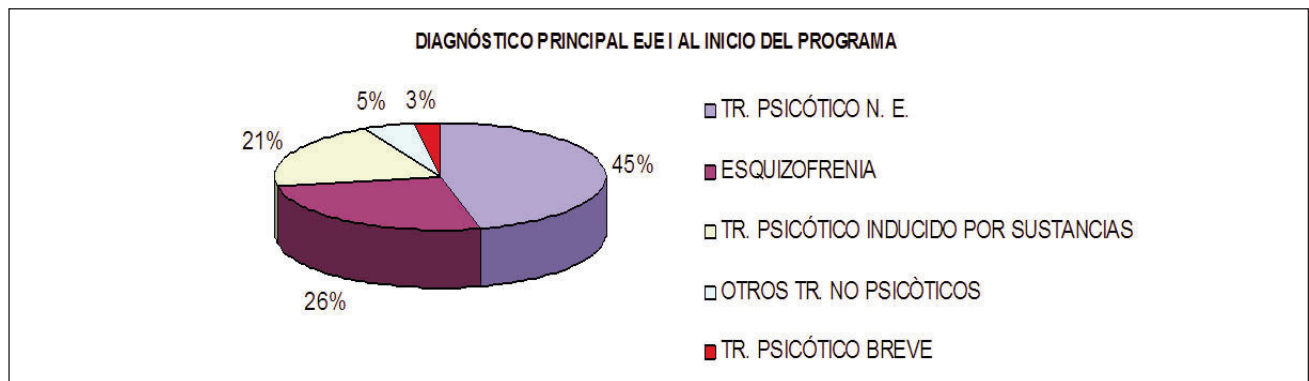
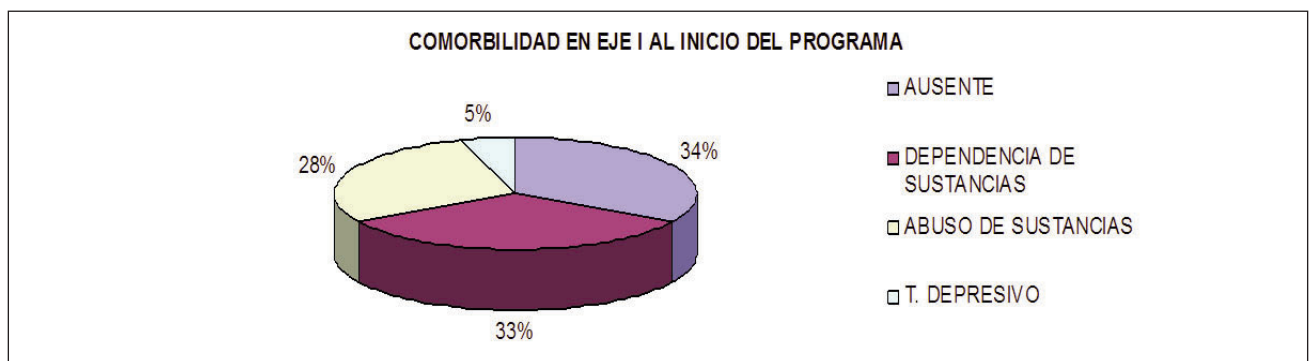


Figura 2.



- Conciencia de enfermedad.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Identificación de signos y síntomas precoces de recaída.
- Habilidades de búsqueda eficaz de ayuda.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Consumo de tóxicos.
- Comorbilidad médica y/o psiquiátrica.
- Estilo de vida.
- Nivel socioeconómico.
- Ambiente familiar.
- Apoyo social.
- Deterioro cognitivo.
- Rasgos de personalidad.
- Identidad, autoestima y estigmatización.
- Habilidades sociales.
- Habilidades de autocontrol emocional, de solución de problemas, de organización y gestión del tiempo, etc.

La acumulación mayor o menor de factores de riesgo y/o la ausencia de elementos de protección (habilidades) influirá decisivamente en la posibilidad de una estabilización clínica rápida, determinará fuertemente el tiempo que el paciente permanezca libre de recaídas o ingresos, condicionará el nivel máximo de adaptación psicosocial y las posibilidades rehabilitadoras a medio y largo plazo.

A fin de realizar un trabajo psicoterapéutico lo más eficaz posible, resulta fundamental evaluar los factores de riesgo y de protección disponibles en la persona y su entorno. Una vez determinados los puntos “débiles” y “fuertes”, es necesario diseñar un plan de actuación individual que disminuya los factores de riesgo (controlables) y potencie el aprendizaje de estrategias de protección.

La intervención psicoterapéutica que se ofrece desde la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Transición del H. U. 12 de Octubre cubriría ampliamente dos etapas de la enfermedad: en primer lugar la etapa aguda, con predominio de síntomas positivos (alteraciones sensorio-perceptivas, del lenguaje y desorganización conductual) y, a continuación, la etapa de recuperación.

El modelo de vulnerabilidad facilita integrar técnicas y procedimientos psicoterapéuticos en la fase de recuperación con la finalidad de ayudar a una estabilización clínica lo más rápida posible, al tiempo que se trabaja para mejorar la futura evolución. Siendo estas metas los objetivos de la Unidad de Transición Hospitalaria.

La fase aguda, que coincide con la estancia en la Unidad de Hospitalización Breve, requiere de otro tipo de estrategias que analizaré con más detalle cuando abordemos la situación de los pacientes con PEP.

Es difícil intentar mostrar el trabajo psicoterapéutico que se lleva a cabo con los distintos tipos de trastornos y, como comentaba al inicio de esta exposición, es frecuente la acumulación de distintos diagnósticos que complican la situación clínica. Pero con el fin de resultar lo más didáctico posible, voy a detenerme en detallar las posibilidades de intervención en tres grandes bloques de patología: los pacientes con Esquizofrenia, aquellos afectos de Trastorno Bipolar y, por último, dedicaré atención a la situación de los pacientes con PEP. Muchas de las intervenciones son trasladables de un trastorno a otro, en función de las necesidades y características de cada paciente.

Intervenciones psicoterapéuticas en el trastorno mental grave

Intervención psicoterapéutica en esquizofrenia

En el trastorno esquizofrénico habría que considerar una serie de áreas fundamentales, a saber:

Síntomas positivos

Con esta expresión se alude a cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que “sobresalen” intensamente. Ejemplos frecuentes de estos síntomas serían las alucinaciones auditivas, las ideas delirantes y las conductas extrañas o desorganizadas. Estos síntomas a menudo son los responsables de que el paciente acuda a las urgencias y termine ingresado. Predominan sobre todo en la fase aguda de la enfermedad y responden generalmente bien a la medicación antipsicótica. En algunos individuos pueden permanecer (síntomas resistentes) más allá de la fase aguda, a pesar del tratamiento farmacológico, justificándose la posibilidad de intervenciones psicoterapéuticas específicas.

Síntomas negativos

Bajo esta etiqueta se recoge la ausencia o disminución de cogniciones, emociones o conductas que normalmente están presentes en la mayoría de la población. Ejemplos comunes son una expresividad afectiva aplanada, pobreza del habla, anhedonia, apatía, enlentecimiento, etc.

Estos síntomas se hacen evidentes tras la fase aguda, en la fase de recuperación del brote psicótico. No están presentes en todas las personas de la misma manera, y aunque menos espectaculares y disruptivos que los positivos, constituyen el verdadero reto en el tratamiento de la esquizofrenia, pues no responden fácilmente a los tratamientos farmacológicos. La recuperación e integración social y laboral del paciente con frecuencia tropieza con estos síntomas. En el tratamiento de estas dificultades se emplean con relativo éxito los tratamientos conductuales y rehabilitadores.

Alteraciones emocionales

Como consecuencia de los síntomas anteriores, muchos pacientes experimentan cuadros depresivos graves, siendo el suicidio una complicación que afecta al 10 % de las personas con este trastorno.

Otras alteraciones emocionales, como ansiedad, irritabilidad u hostilidad, pueden aparecer como consecuencia de la persistencia de síntomas positivos, en particular voces de carácter negativo y amenazante y/o ideas delirantes de perjuicio. Las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en los síntomas positivos, tienen como principal objetivo no tanto eliminar las alteraciones sensorio-perceptivas o los delirios, sino reducir el malestar y la interferencia asociadas. El lector interesado puede encontrar en el trabajo de Cuevas-Yust (2006) un completo resumen sobre las técnicas de intervención en síntomas positivos.

Deterioro

Muchos pacientes experimentan un deterioro cognitivo en áreas como la memoria, atención, concentración y pensamiento abstracto. En los últimos años se han diseñado enfoques psicoterapéuticos que inciden en la mejora de estos déficits, en concreto la Terapia Psicológica Integrada de Brenner. Roder, Mueller, Mueser y Brenner (2008) revisan los estudios que han evaluado la eficacia de esta técnica.

Además del deterioro cognitivo, no hay que olvidar el deterioro del funcionamiento social. Varias áreas son afectadas: las relaciones personales, la capacidad para trabajar, el cuidado de uno mismo. No en todos los individuos del mismo modo ni todas las áreas con la misma intensidad. Estas discapacidades están fuertemente ligadas a los síntomas negativos y el deterioro cognitivo, y constituyen también un reto en el tratamiento del paciente, siendo el objetivo principal de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial de la Red de Salud

Mental (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Mini Residencias, Pisos protegidos, etc.).

Excede del espacio disponible presentar aquí una explicación pormenorizada de todos los procedimientos psicoterapéuticos eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, por no mencionar el abanico de procedimientos de la rehabilitación psicosocial. El lector interesado puede consultar varias fuentes.

Vallina y Lemos (2001) realizaron una revisión de los tratamientos psicológicos eficaces en este trastorno. Estos autores agrupan los tratamientos eficaces en tres categorías:

- Intervenciones psicoeducativas familiares.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.
- Paquetes integrados multimodales (Terapia Psicológica Integrada de Brenner).

Mueser (1997), en su capítulo sobre el tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia, distingue las siguientes intervenciones:

Entrenamiento en Habilidades Sociales: recomendando que este entrenamiento se realice en formato grupal, prestando atención no sólo a la comunicación eficaz sino a la mejora de la percepción social, esto es, ser capaz de atender, interpretar y responder adecuadamente a las señales interpersonales, con frecuencia muy alterada en estos pacientes. Las áreas objeto de trabajo abarcarían la asertividad, las habilidades de conversación, el control de la medicación, el trabajo, el ocio, la capacidad para hacer amigos y concertar citas, la comunicación en la familia y la solución de conflictos.

Terapia familiar conductual: de duración prolongada (hasta dos años). El tratamiento pasaría por las siguientes fases:

1. Evaluación: Primero individual, al objeto de determinar en cada miembro de la familia cómo se explican el trastorno, cuáles son sus objetivos personales, con qué apoyos cuentan y la interferencia de la enfermedad. A continuación la evaluación familiar, que se lleva a cabo animando a la familia a que intenten resolver un problema delante del terapeuta.
2. Educación: se cubrirían áreas como información sobre el trastorno, la medicación, el modelo de vulnerabilidad y los factores que influyen en la misma. El objetivo final es que los miembros de la familia puedan elaborar un plan de prevención de recaídas.
- 3 Entrenamiento en seis habilidades básicas de comunicación: expresión de sentimientos positivos y negativos, realizar peticiones, escucha activa, compromiso y negociación.
4. Entrenamiento en solución de problemas: a fin de capacitar a la familia para la resolución de las dificultades que surjan en el futuro.
5. Atención a problemas especiales.

Habilidades de afrontamiento de síntomas psicóticos residuales: la finalidad es reducir el malestar intenso asociado a la persistencia de síntomas psicóticos, bajo la premisa de que la eficacia depende de aumentar la variedad y el número de estrategias de afrontamiento. Las fases son:

1. Análisis conductual topográfico y funcional del síntoma.
2. Identificación de las estrategias usadas (utilidad, eficacia, obstáculos).
3. Selección y ensayo de una estrategia (en sesión y en casa).
4. Seguimiento y revisión.
5. Desarrollo de una segunda estrategia (preferentemente bajo una modalidad diferente de afrontamiento).

Birchwood y Tarrrier (1995), recogen una clasificación de las posibles estrategias de afrontamiento de estos síntomas, en función del tipo de modalidad empleada, en su clásico y pionero libro sobre el tratamiento psicológico de la esquizofrenia:

- Cognitivas.
- Conductuales.
- Sensoriales.
- Fisiológicas.

Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas: según Mueser (1997) debe hacerse sincronizando la intervención con la etapa en la que se encuentra el paciente. Es fácil rastrear en este enfoque la influencia del modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Prochaska (2001) y el enfoque motivacional de tratamiento de Miller y Rollnick (1999). Sólo aumentando la discrepancia entre sus objetivos personales y la conducta de consumo puede generarse un movimiento en la “rueda del cambio”, desde la negación del problema hasta el mantenimiento en la abstinencia y la prevención de recaídas.

Por último, Kopelowicz, Liberman y Zarate (2007), en una revisión más actual de los procedimientos eficaces, establecen cinco tratamientos recomendables:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Intervenciones psicoeducativas familiares.
- Empleo protegido.
- TCC para reducir la severidad de los síntomas psicóticos.
- Programas basados en la modificación de conducta y el aprendizaje social para instaurar y mantener conductas prosociales.

En cuanto al estilo de tratamiento óptimo para implementar estas técnicas, mi experiencia con estos pacientes es que el enfoque más adecuado es aquel cercano al paciente, manteniendo la distancia interpersonal que su personalidad y la etapa de evolución de su enfermedad requiera. Es fundamental una alianza terapéutica en la que el paciente se sienta escuchado y valorado. Un clima de aceptación, una atmosfera de empirismo colaborador, una relación de “experto a experto” desde la óptica constructivista, favorecerá la apertura del paciente y la posibilidad de modificar estilos arraigados. En este marco, además, potenciar, sobre todo al final de la etapa aguda y durante la recuperación, los tratamientos grupales frente a lo individual, permite multiplicar por cien cualquier tipo de intervención que pudiera haberse realizado en una sesión individual. Este “estilo” debe impregnarse finalmente de una filosofía asertiva. Aunque pueda ser una simplificación excesiva, el paciente neurótico normalmente se acercará en demanda de ayuda, mientras que el psicótico tenderá a la evitación del contacto, fundamentalmente apoyándose en una estrategia de disminución de malestar a corto plazo.

Intervención psicoterapéutica en trastorno bipolar

Al igual que en el tratamiento de las esquizofrenias, las intervenciones psicoterapéuticas sobre el trastorno bipolar (TB) se llevan a cabo en el seno de los tratamientos farmacológicos, en este caso fundamentalmente de los estabilizadores del ánimo.

Aunque el tratamiento farmacológico permite la estabilización clínica del paciente, la disminución de recaídas y mantenerse más tiempo libre de ingresos, los tratamientos psicosociales siguen siendo cruciales en una evolución favorable del trastorno, por lo que la farmacoterapia no cubriría totalmente las necesidades del paciente.

Miklowitz y Craighead (2007) señalan tres objetivos fundamentales que persiguen este tipo de intervenciones:

Adherencia a la medicación: casi el 60 % de pacientes que siguen un tratamiento de mantenimiento con litio no se adhieren o lo hacen parcialmente. Sin embargo, los estudios que comparan la tasa de recaída entre los que interrumpen el tratamiento y los que lo continúan son contundentes respecto a la eficacia del tratamiento farmacológico: Strober, Morrell, Lampert y Burroughs (1990) registraron, en una muestra de adolescentes con trastorno bipolar tipo I, tasas de recaída del 92 % entre el primer tipo de pacientes mientras que sólo el 37 % de los que continuaban el tratamiento recaían en un seguimiento a 18 meses.

Disminución de hospitalización y recaídas: enseñar a los pacientes y sus familiares a monitorizar su estado de ánimo e identificar signos precoces de alarma, permite evitar una recaída total, sobre todo en los episodios maníacos, y llevar a cabo intervenciones ambulatorias. Las técnicas de autocontrol emocional y las recomendaciones encaminadas hacia la estabilización de los ritmos sociales y circadianos aumentan también los

períodos libres de recaída. Del mismo modo que en la esquizofrenia, es importante identificar factores de riesgo que puedan hacer más vulnerable al paciente (consumo de tóxicos, comorbilidad, estrés, etc.).

Mejora de la calidad de vida: las recaídas en el TB, sobre todo las maníacas, suponen una importante disrupción en la vida social, familia y laboral del paciente. Casi tan importante como dirigir al paciente hacia la eutimia, es trabajar con él en el proceso de recuperación y reinserción social y laboral. En algunos casos permanecen síntomas crónicos interepisódicos que pueden beneficiarse del trabajo psicoterapéutico. Finalmente, y aunque en menor medida que en las esquizofrenias, puede existir un deterioro, susceptible de ser abordado desde las técnicas y dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Estos autores concluyen, tras revisar numerosos ensayos clínicos, que las intervenciones psicosociales aportan los siguientes beneficios en los pacientes que las reciben:

- Mayor tiempo libre de recaídas.
- Mejor y más rápida estabilización en los síntomas.
- Mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Según Miklowitz y Craighead (2007), las intervenciones más eficaces se clasificarían en los siguientes bloques:

- Psicoeducación.
- Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (IPSRT).
- Terapia Cognitivo Conductual.
- Terapias de pareja y de familia.

Becoña y Lorenzo (2001), en su revisión de los tratamientos eficaces para el trastorno bipolar, aportan una clasificación muy similar de tratamientos.

A continuación vamos a revisar brevemente algunos ejemplos de estos tratamientos:

Psicoeducación

En España (y fuera de ella) Colom y Vieta (2004) constituyen una referencia dentro de los enfoques psicoeducativos en el trastorno bipolar. El lector puede encontrar más información en el manual escrito por los propios autores.

En un estudio practicado sobre una muestra de 120 pacientes con TB, Colom, Vieta, Martínez-Aran, Reinares, Goikolea y Benabarre (2003) hallaron niveles más altos y estables de litio, así como tasas más bajas de recaída (67 % vs 92%), al comparar dos grupos de pacientes. Uno recibió 21 sesiones de psicoeducación, mientras que el otro recibió el mismo número de sesiones pero sólo de apoyo. Ambos grupos se encontraban estables al inicio del estudio, en remisión desde hacía seis meses, bajo tratamiento farmacológico y fueron seguidos durante dos años.

En esta intervención se establecen tres niveles de objetivos:

- **OBJETIVOS DE PRIMER NIVEL, ELEMENTALES:**
 - Conciencia de enfermedad.
 - Detección precoz de síntomas prodrómicos.
 - Cumplimiento del tratamiento.
- **OBJETIVOS DE SEGUNDO NIVEL, DESEABLES:**
 - Controlar el estrés.
 - Evitar el uso y el abuso de sustancias.
 - Lograr regularidad en el estilo de vida.
 - Prevenir la conducta suicida.
- **OBJETIVOS DE TERCER NIVEL, DESIDERATIVOS:**
 - Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.

- Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios.
- Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro.
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

El programa se estructura en sesiones semanales de noventa minutos y a lo largo de seis meses, distribuido en cinco bloques:

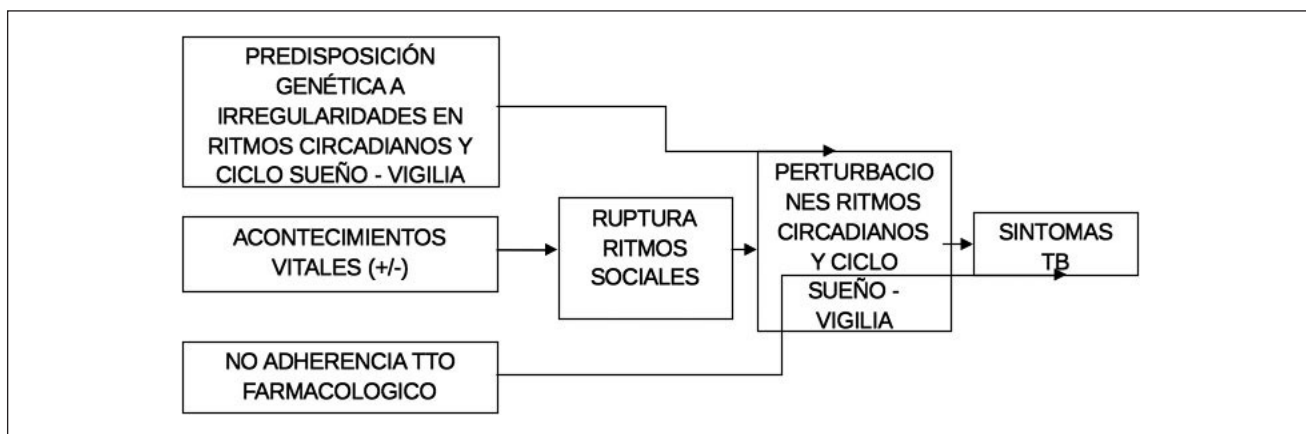
- ◆ Bloque 1. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (6 sesiones).
- ◆ Bloque 2. ADHESIÓN FARMACOLÓGICA (7 sesiones).
- ◆ Bloque 3. EVITACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (1 sesión).
- ◆ Bloque 4. DETECCIÓN PRECOZ DE NUEVOS EPISODIOS. (3 sesiones).
- ◆ Bloque 5. REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DEL ESTRÉS. (4 sesiones).

Terapia Interpersonal y del Ritmo Social

Es una derivación de la Terapia Interpersonal (IPT) para la Depresión Unipolar, desarrollada por Frank, Swartz, y Kupfer (2000), a partir del modelo cronobiológico de los trastornos afectivos de Ehlers y Monk, así como del modelo de inestabilidad del TB de Goodwin y Jamison.

El modelo intenta explicar la inestabilidad del TB en base a la interacción de varios factores: la aparición de acontecimientos vitales estresantes tanto positivos como negativos (un nuevo empleo), podría conducir a la alteración de las rutinas sociales (horarios, actividad de ocio) del paciente y a la consiguiente alteración en los ritmos biológicos, especialmente el sueño, facilitando la aparición de síntomas de manía y/o depresión. Los inevitables factores genéticos y la adherencia al tratamiento intervendrían también de manera decisiva.

Figura 3.



En esta terapia se emplean componentes de psicoeducación, los principios básicos de la Terapia Interpersonal para la Depresión y técnicas conductuales. Los objetivos básicos son tres:

1. Regularizar las rutinas diarias.
2. Disminuir los problemas interpersonales.
3. Adherir al tratamiento farmacológico.

Los pacientes llevan un diario en el que registran sus horarios de acostarse y levantarse, los niveles de estimulación social, el ritmo de sus rutinas diarias (alimentación, ejercicio, trabajo...) y el estado de ánimo. Al revisar estos datos los pacientes aprenden cómo sus estados de ánimo pueden verse influidos por cambios en estas rutinas y a la vez cómo los cambios en el humor influyen en los hábitos. Con el tiempo los pacientes aprenden

a regular sus rutinas para estabilizar su humor. La IPSRT, como ya he comentado, también se centra en problemas interpersonales (Duelo, Conflictos, Transiciones de rol y Déficits) e incluye psicoeducación y adherencia al fármaco.

Esta terapia es de mayor duración que el resto de las intervenciones analizadas para el TB, pudiendo extenderse hasta los dos años, e incluso de manera indefinida con sesiones muy espaciadas.

Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede ser de utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar.

Scott, Paykel, Morris, Bentall, Kinderman, y Johnson (2006) desarrollaron un paquete de tratamiento cognitivo conductual, inspirado en la TC de Beck, de veinte sesiones que se distribuían a lo largo de 38 semanas. Al inicio las sesiones eran de frecuencia semanal, espaciándose a partir de la decimoquinta semana, con dos sesiones de recuerdo al final del tratamiento para revisar las habilidades y técnicas aprendidas.

Los objetivos eran:

- Facilitar la aceptación del trastorno y la necesidad de tratamiento.
- Ayudar a reducir la inestabilidad en el humor y los síntomas.
- Reconocer y manejar los estresores psicosociales y problemas interpersonales.
- Enseñar estrategias cognitivo conductuales para afrontar la depresión.
- Identificar y modificar los pensamientos automáticos disfuncionales, así como las creencias desadaptativas subyacentes.
- Mejorar la adherencia.
- Hacer frente al abuso de sustancias.
- Enseñar a reconocer precozmente los síntomas de recaída y enseñar técnicas para estos síntomas.

Si el individuo estaba eutímico se decidía con el paciente el orden de prioridad para afrontar los problemas identificados. Si se encontraba en fase aguda, el foco se centraba en la reducción y estabilización del estado mental, para posteriormente trabajar sobre los problemas identificados en la lista.

Este tipo de intervención fue probado en el Reino Unido sobre un total de 253 pacientes asignados aleatoriamente a dos condiciones: TCC vs Tratamiento habitual. La TCC fue más eficaz en aquellos pacientes que tenían menos de 12 episodios previos, lo cual podría ser interpretado en términos de una mayor eficacia del tratamiento si es aplicado precozmente.

Lam, Watkins, Hayward, Bright, Wright, y Kerr (2003) compararon seis meses de TCC frente al cuidado habitual en una muestra de 103 pacientes en remisión pero propensos a recaídas. En el seguimiento a un año la tasa de recaída fue favorable a la TCC (44% vs 75%).

Ramirez y Rush (2005) señalan los siguientes objetivos en su programa de tratamiento cognitivo conductual:

- ◆ EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA.
- ◆ DETECCIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

Las recaídas son frecuentes incluso manteniéndose la adherencia al tratamiento farmacológico. Se necesita un sistema de aviso temprano para ayudar al paciente y su entorno a detectar los pródromos y actuar en los primeros momentos, evitando una recaída completa. Tres tipos de técnicas son posibles:

Representaciones gráficas de episodios a lo largo de la vida (Figura 4): sobre una línea horizontal que representa el paso del tiempo y la eutimia, terapeuta y paciente sitúan los episodios de manía y depresión, añadiendo información complementaria sobre los mismos (inicio y abandono de tratamientos, hospitalizaciones/urgencias, acontecimientos vitales, tóxicos, etc.).

Figura 4.

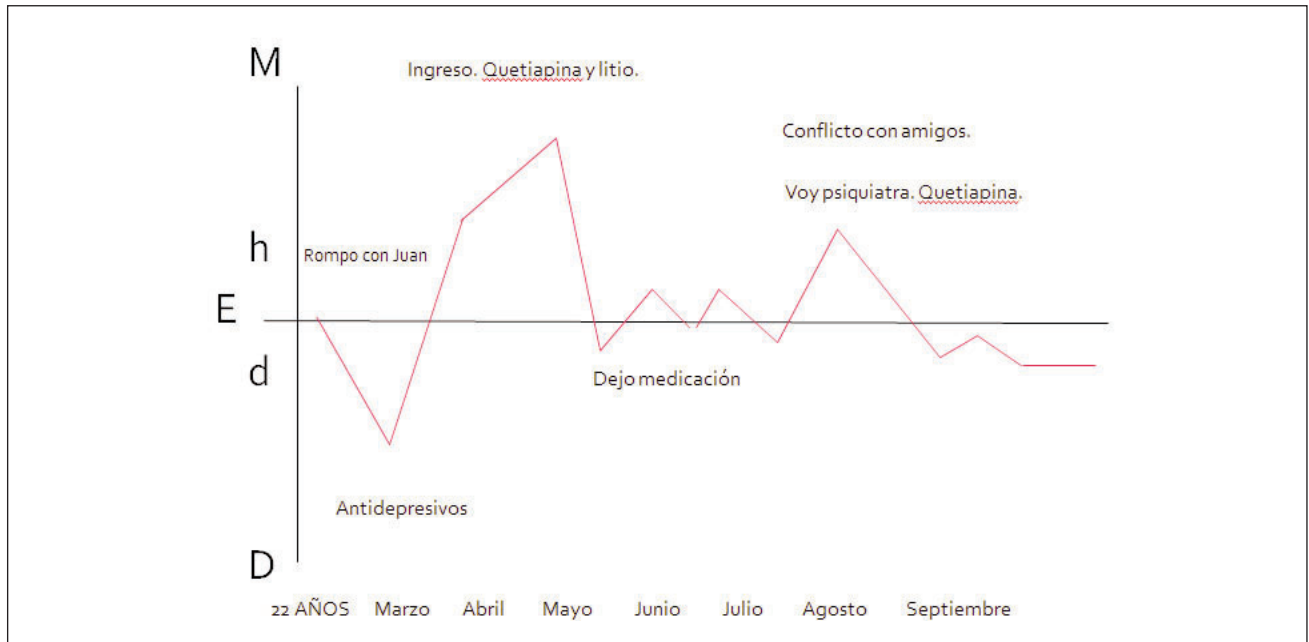
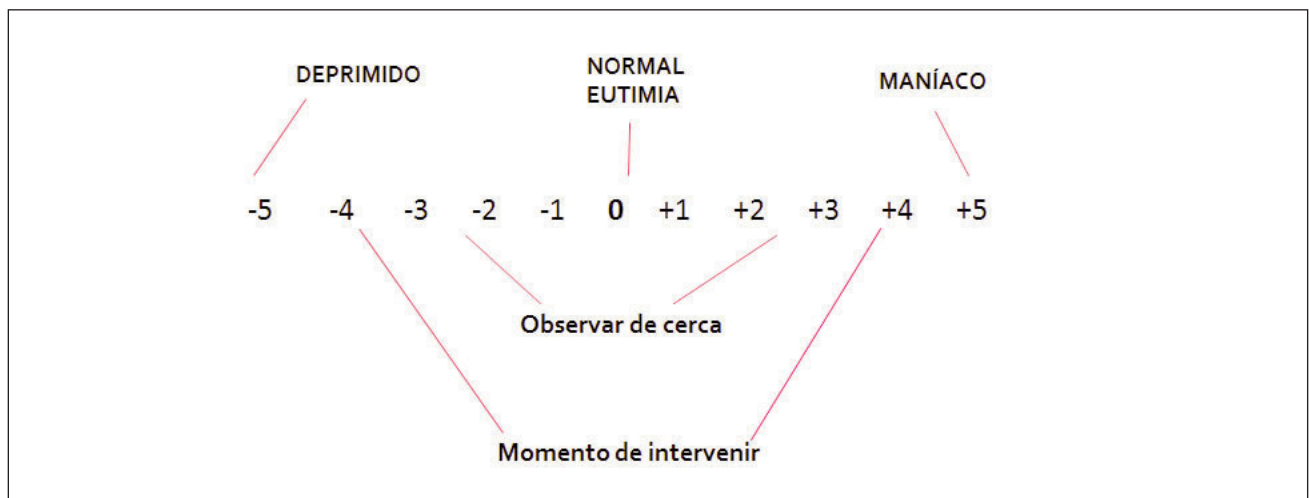


Figura 5.

Estado normal	Depresión	Manía
<ul style="list-style-type: none"> - 6-8 horas de sueño, sin siestas. - Más introvertido - La vida parece tener sentido. - Pienso que estoy bien. - Seguro. - El pensamiento es claro. - Visito algunos amigos. - Me siento bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Duermo 10 horas y me echo siestas. - Apartado y solitario. - Pensamientos de suicidio. - No valgo nada. - Desesperanzado. - No puedo concentrarme. - No me interesa la gente. - El estado de ánimo es negro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesito 5 horas de sueño. - Extrovertido, sociable. - La vida es maravillosa. - Soy brillante. - Ambicioso. - Muy creativo. - Quiero estar con gente. - Estoy entusiasmado con la vida.

Figura 6.



Una representación gráfica permite darse cuenta de la interacción entre las distintas variables que influyen en la evolución del trastorno y disminuye la indefensión del paciente ante las oscilaciones, aparentemente caóticas del humor. Todo el proceso es en sí mismo altamente terapéutico.

Hojas resumen de síntomas (Figura 5): Los pacientes recogen en tres columnas los síntomas de la manía, los de la depresión y en la tercera la eutimia. En la elaboración de estas listas es útil que participe la familia.

Representación gráfica del estado de ánimo (Figura 6): A partir de los síntomas más relevantes de la hoja resumen, puede construirse una representación gráfica del estado de ánimo que permita al paciente y familia detectar oscilaciones peligrosas. Una vez detectadas es posible poner en marcha las medidas protectoras necesarias (disminuir actividad, aumentar sueño, acudir al psiquiatra...).

◆ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Terapeuta y paciente llevan a cabo un contrato conductual, siendo el objetivo la adherencia al tratamiento. Se especifica qué fármaco, dosis y frecuencia de las citas. En este contrato se recogen los obstáculos para la adherencia, ya sean cognitivos, sociales, físicos, etc. Y finalmente junto a cada obstáculo se identifican estrategias para su manejo.

◆ CONTROL DE LOS SÍNTOMAS SUBSINDRÓMICOS

Las técnicas utilizadas en la TC tradicional son perfectamente válidas para el control de síntomas hipomaniacos y/o subdepresivos que pueden aparecer entre episodios. Estamos hablando de técnicas como la reducción de la sobre estimulación, el exceso de actividad, y el centrarse en un único objetivo, en el caso de la hipomanía, con el fin de romper el círculo vicioso actividad - manía; en otros momentos puede ser útil una la asignación de tareas y la planificación graduada de actividad, ante la aparición de sintomatología subdepresiva. En el caso de los pensamientos automáticos tanto negativos como positivos, se puede emplear la técnica de la triple columna, el entrenamiento en solución de problemas, etc.

◆ REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL

Mediante el adiestramiento en técnicas de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, entrenamiento en comunicación, para hacer frente tanto a los estresores que aumentan la vulnerabilidad del paciente, como para manejar las consecuencias sociales, laborales y familiares tras la recuperación del episodio. En castellano está disponible un manual de Ramirez (2008), enfocado hacia el paciente, que permite conocer y aprender a utilizar las técnicas descritas para el autocontrol del estado de ánimo.

Terapias de familia y de pareja

Miklowitz y Craighead (2007) en su revisión sobre los tratamientos eficaces en el TB, recomiendan las intervenciones familiares y de pareja como coadyuvantes del tratamiento farmacológico, siendo las más exitosas aquellas intervenciones basadas en una perspectiva psicoeducativa. La posibilidad de recaer en el primer año es cinco veces superior a la media si el paciente regresa a un hogar con altos índices de Emoción Expresada. Por otra parte, los altos niveles de apoyo social y emocional aceleran la recuperación tras un episodio.

Dos programas han ofrecido buenos resultados:

Intervención con la Familia del Paciente Ingresado

Glick, Clarkin, Haas, Spencer, y Chen (1991) desarrollaron en la Universidad de Cornell el IFI (Inpatient Family Intervention). Un programa de intervención de nueve sesiones semanales para pacientes ingresados (no sólo bipolares) y sus familiares centrado el afrontamiento de la hospitalización y la elaboración de planes para un ajuste positivo tras el alta. El IFI anima a pacientes y familiares a:

- Aceptar la realidad del trastorno y la probabilidad de su cronicidad.
- Identificar estresores tanto dentro como fuera de la familia que puedan precipitar episodios.
- Aprender formas de modificar los patrones familiares y el afrontamiento de futuros estresores.

Los estudios de este autor apoyan esta intervención, con mejoras en el funcionamiento global y la adherencia a la medicación, así como en el cambio de las actitudes de los familiares.

El Tratamiento Centrado en la Familia

Miklowitz y Goldstein (1997) diseñaron el programa de tratamiento FFT (Family-Focused Treatment) para bipolares adultos y sus familiares que habían sido recientemente hospitalizados o seguían tratamiento ambulatorio tras un reciente episodio.

Consta de 21 sesiones repartidas en 9 meses (al principio de frecuencia semanal para finalmente ser mensuales), similar al modelo de Falloon de manejo conductual familiar para la esquizofrenia. Consta de tres módulos:

- Psicoeducación: síntomas, diagnóstico, causas, pronóstico. Vulnerabilidad y efecto del estrés y los factores de riesgo y protectores. Ejercicios de identificación del pródromo de la manía o la depresión y elaboración de planes de actuación de la familia para intervenir si aparecen.
- Entrenamiento en mejora de la comunicación.
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Los estudios llevados a cabo con esta terapia señalan los beneficios de un mayor tiempo libre de recaídas en seguimientos de hasta dos años, así como una mejora en el funcionamiento familiar, con un incremento de las interacciones positivas

Intervención psicoterapéutica en primeros episodios psicóticos

La intervención psicoterapéutica precoz en los trastornos psicóticos es un enfoque relativamente nuevo que se encuentra en desarrollo desde los años noventa de finales del siglo pasado en distintas partes del mundo. La filosofía de la que parten estos enfoques es la de alterar el curso de la enfermedad interviniendo precozmente en las primeras fases de la misma e incluso previamente.

Un potente argumento en el que se apoyan estas intervenciones es el retraso que habitualmente sufren los pacientes de psicosis en recibir tratamiento, conocido como duración de la enfermedad sin tratar (DUI). Este tiempo abarca dos períodos diferenciados. Por un lado desde la aparición de los primeros síntomas inespecíficos (ansiedad, depresión) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados. Este período prodromático, conocido también como Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) puede prolongarse entre dos y cinco años. Por otro lado, una vez producido el brote psicótico, el paciente puede permanecer tiempo sin recibir tratamiento (o habiéndolo recibido en la etapa aguda, abandonarlo al alta del ingreso). Este período se conoce como duración de la psicosis sin tratar (DUP).

De acuerdo con Gleeson y McGorry (2004), una intervención psicoterapéutica precoz en la psicosis aportaría los siguientes beneficios:

- Desarrollar una alianza de terapéutica.
- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
- Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis.

Vallina, Lemos y Fernández (2006) realizaron una descripción y clasificación de las intervenciones precoces basándose en la clasificación de Haddock y Lewis, que se ciñe a las fases que atraviesa la persona en el primer episodio de psicosis, y que se resume a continuación:

Intervenciones en la fase de alto riesgo de psicosis (fase prodrómica)

Proyecto Buckingham (Falloon): consistía en un entrenamiento dirigido a los médicos de cabecera para reconocer pródromos y poder derivar a los jóvenes hacia un servicio especializado de salud mental. Sobre los sujetos seleccionados se aplicaba un tratamiento individualizado (farmacoterapia a dosis bajas, educación para el paciente y familia, manejo del estrés y supervisión por dos años).

Clínica para la Valoración Personal y Evaluación de la Crisis (PACE): Se desarrolla dentro del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). La aportación más interesante es la operativización del alto riesgo para desarrollar psicosis mediante la construcción de un entrevista (CAARMS) que permitía diferenciar niveles de riesgo (tres niveles). Una vez seleccionados los pacientes con elevado riesgo se les brindaba un tratamiento combinado de medicación neuroléptica a dosis bajas y terapia cognitiva.

Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo (PRIME): En una primera fase se elaboró una entrevista clínica para síndromes prodrómicos (SIPS) que incluía una escala (SOPS) que permitió obtener perfiles de riesgo. Seleccionados los pacientes de alto riesgo eran aleatorizados en dos grupos (olanzapina vs placebo), recibiendo ambos tratamiento psicosocial (entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación y manejo del estrés).

Existen otros programas con objetivos y filosofías similares, que sólo cito para no reiterarme: Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside (RAP), Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana (EDIE) y Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana (FETZ).

En España, cabe destacar el *programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega* (Lemos, S., Vallina, O., Fernandez, P., Ortega, J., Garcia, P., y Gutierrez, 2007), en funcionamiento desde el año 2000 y que pretende reducir el período (DUI), facilitar el reconocimiento y derivación de jóvenes con riesgo desde Atención Primaria e implementar un programa terapéutico integral (educación del médico general, detec-

ción del nivel de riesgo, terapia cognitiva, intervención familiar breve, tratamiento neuroléptico a dosis bajas para sujetos con síntomas positivos).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) ha editado una Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente en la que se revisa detalladamente la evidencia disponible de los distintos tratamientos, incluyendo un apartado para las intervenciones psicosociales.

Intervenciones centradas en la fase aguda de la psicosis

El estado del paciente durante la fase aguda, unido al hecho de que el tratamiento de la misma se lleva a cabo en unidades de hospitalización psiquiátrica, donde predomina el enfoque farmacológico, ha limitado el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas en esta fase.

No obstante, varios autores han realizado estudios experimentales para probar la eficacia de la psicoterapia en la fase aguda (Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan, 1996; Lewis et al., 2002; Startup, Jackson y Bendix, 2004).

La mayoría de estos enfoques combinan el tratamiento médico recibido por el paciente en una unidad de agudos con una Terapia Cognitiva individual adaptada y centrada hacia el manejo de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), con el principal objetivo acortar la estancia hospitalaria y producir una reducción más rápida de la sintomatología positiva. En algún caso se utiliza también el formato de terapia de grupo y la educación familiar.

Intervenciones centradas en la recuperación

La fase de recuperación abarca un período de tres a dieciocho meses tras la estabilización de la crisis psicótica. Es un tránsito difícil, pues un ochenta por ciento de los pacientes recaen en los primeros cinco años de la enfermedad. Es un período sensible no sólo a las recaídas, sino a la aparición de respuestas desadaptativas de evitación o negación, consumo de tóxicos, persistencia de síntomas positivos residuales, retraimiento social y laboral, suicidio.

Dos paquetes de intervención destacan en esta fase:

Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana (COPE): desarrollada por el equipo de profesionales del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). Esta terapia parte de la idea de que el primer episodio de psicosis supone una experiencia tan perturbadora que puede bloquear el desarrollo psicossocial posterior del paciente. La intervención, sirviéndose de los principios de la terapia cognitiva y desde una perspectiva constructivista, pretende ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar la sensación de control sobre la experiencia de la psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. El formato es individual y consta de entre veinte y treinta sesiones. Consta de cuatro componentes con una serie de tareas:

1. Evaluación: evaluar síntomas, conocimiento de la enfermedad, modelo explicativo, afrontamiento, adaptación e identidad, morbilidad secundaria, trauma y pérdida, personalidad. Al final de la fase de evaluación se establece la agenda de la terapia.
2. Compromiso: Desarrollar una relación terapéutica basada en la colaboración.
3. Adaptación: Establecer esperanza. Psicoeducación. Trabajo cognitivo con identidad, sesgos y creencias. Práctica conductual. Tareas graduadas. Revisión de progresos.
4. Morbilidad secundaria: Terapia cognitiva estándar.

Está disponible un manual de tratamiento para profesionales elaborado por los autores de la terapia (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert y McGorry, 2007).

Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP): Desarrollada por Herman-Doig y sus colaboradores (Edwards, Wade, Herrman-Doig, y Gee, 2004) para aquellos pacientes que presentan una recuperación

complicada de su primer episodio. Un veinte por ciento de los pacientes siguen experimentando síntomas psicóticos positivos a pesar del tratamiento. Esta terapia, de formato individual, de orientación cognitiva, se centra en reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, el malestar y la interferencia que generan y promover una comprensión de la psicosis que permita al paciente identificar recaídas y actuar con estrategias eficaces.

Intervenciones centradas en los servicios integrales

La mayoría de las actuaciones descritas se integran dentro de servicios compuestos por equipos interdisciplinarios, abarcando el tratamiento precoz de la psicosis en sus distintas fases y facetas. Los principales servicios integrales son los siguientes:

- *Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC)*: Australia.
- *Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (EIS)*: Reino Unido.
- *Proyecto de Tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis (TIPS)*: Noruega.
- *Estudio de Identificación y Tratamiento Temprano de Jóvenes Pacientes con Psicosis (OPUS)*: Dinamarca.
- *Programa de Intervención Temprana de Calgary (EPP)*: Canadá.

Una experiencia cercana: El Programa de Primeros Episodios Psicóticos del H. U. 12 de Octubre

Desde principios del año 2009 viene funcionando en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre, bajo la coordinación del psiquiatra Dr. Rubio Valladolid, un Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de pacientes con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico. Los pacientes son captados desde diversos dispositivos, Centros de Salud Mental del área, Urgencias de Psiquiatría, Unidad de Hospitalización Breve e Interconsulta, principalmente.

El programa está concebido para dar una asistencia continuada e intensiva al paciente y su familia durante el primer año tras el episodio, facilitándose la continuidad de cuidados con derivación al Centro de Salud Mental correspondiente tras el alta del programa.

Los objetivos son:

- Intervención temprana.
- Tratamiento intensivo en la fase inicial.
- Disminuir la duración de la enfermedad no tratada (DUI).
- Disminuir comorbilidad.
- Prevenir recaídas precoces.

La evaluación y el diagnóstico comprenden los siguientes aspectos:

- Historia clínica médico-psiquiátrica.
- Evaluación psicológica y psicopatológica.
 - ◊ Escalas de psicopatología para primeros episodios y la PANSS.
 - ◊ Pruebas de neuropsicología (Entrevista MATRIX).
 - ◊ Cuestionarios de ansiedad-depresión (STAI; Montgomery-Asberg), y manía (Young).
- Pruebas de neuroimagen.
- Pruebas de neurofisiología.
- Pruebas de laboratorio complementarias.
- Tóxicos en orina.
- Bioquímica, inmunología.
- Marcadores genéticos de respuesta farmacológica y de riesgo para psicosis.

El tratamiento se estructura en torno a las siguientes áreas:

- Abordaje farmacológico:
 - ◊ Principalmente ambulatorio, aunque se cuenta con la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital 12 de Octubre para los casos que lo precisen.
 - ◊ Antipsicóticos atípicos a dosis bajas, preferentemente.
- Abordaje psicoterapéutico:
 - ◊ Terapia cognitivo conductual grupal e individual.
 - ◊ Terapia de apoyo.
 - ◊ Manejo de estrés.
 - ◊ Terapia de orientación motivacional para los trastornos por uso de sustancias.
 - ◊ Terapia de psicoeducación para familias.

En un primer análisis de resultados (Belloso, Caballero, Rubio, Arranz, y De Juan, 2010) presentado en el XV Curso de Esquizofrenia del H. U. Gregorio Marañón, se obtuvieron datos muy favorables sobre una muestra de 39 pacientes atendidos hasta la fecha en el programa. Estos datos avalaban la eficacia y rentabilidad de un programa de intervención tras un primer episodio de psicosis.

En el aspecto de la adherencia, la mayoría de los pacientes se mantuvieron vinculados al programa, produciéndose solamente un 10 % de abandonos. Otro de los temas clave en los primeros episodios psicóticos, el consumo de sustancias, fue susceptible de ser abordado desde este encuadre. Previo a la intervención, un 67 % de pacientes mostraban comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, reduciéndose al 15 % tras el primer año de intervención.

Pero sin duda, el principal problema tras el primer episodio psicótico es la recaída precoz, y el objetivo fundamental del programa, evitarlas, fue alcanzado satisfactoriamente. Si atendemos a la prevención de recaídas precoces, el 82 % de los pacientes se mantuvieron tras un año en el programa sin necesitar un segundo ingreso. En aquellos que necesitaron más de un ingreso, éste se había producido al inicio del programa, esto es, menos de un mes desde la fecha de derivación, pudiendo encuadrarse no tanto como una recaída sino como una reagudización del episodio inicial.

Estos resultados ponen de relieve la eficacia de una intervención temprana en las primeras fases de la evolución del trastorno, precisamente aquellas más sensibles y cruciales para el futuro desarrollo del proceso psicótico.

Sin duda es necesario un seguimiento más a largo plazo para observar si los beneficios descritos se mantienen con el paso del tiempo, ya no solo en el aspecto de la prevención de recaídas, sino también en el plano de la recuperación funcional del paciente, a fin de evitar su entrada en el circuito de la cronificación.

Conclusiones

Este trabajo pretende dos objetivos que espero haber satisfecho. Por un lado, mostrar la gama de intervenciones psicoterapéuticas eficaces posibles en los pacientes con trastorno mental grave o severo, si bien por cuestiones de espacio me he ceñido a tres grandes bloques de psicopatología, que pueden ser representativos de la variedad de pacientes que componen la amplia categoría de Trastorno Mental Grave.

Por otro lado, he ilustrado la variedad de técnicas y procedimientos de intervención con referencias bibliográficas que permitan al lector interesado ampliar y profundizar el conocimiento de las mismas. Además, he acompañado la descripción de estas intervenciones con unos resultados prometedores en el campo de la psicosis temprana, en el contexto de una experiencia cercana en el H. U. 12 de Octubre de Madrid.

Podemos concluir que, en la actualidad, la psicología clínica dispone de suficientes herramientas útiles en el tratamiento de estos trastornos, complementarias a los tratamientos biológicos.

Por todo ello, espero, al final de estas páginas, haber trasladado algo de optimismo al tratamiento del Trastorno Mental Grave. Quizá, después de todo, el término grave no necesariamente deba ir asociado a connotaciones tan negativas como comenté al inicio de este artículo, y la esperanza pueda abrirse camino tanto para los pacientes y sus familias, como para los terapeutas.

Referencias

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos 10, Madrid: A. E. N.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 3.
- Belloso, J. J., Caballero, M., Rubio, G., Arranz, M. y De Juan, A. (2010). *Programa de Primeros Episodios Psicóticos*. Comunicación presentada en XV Curso Anual de Esquizofrenia: Organizado por el H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid, 2009.
- Birchwood, M. y Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona, Ariel.
- Caballero, M., Belloso, J. J. y Arranz, M. (2009). *Descripción del Programa Ambulatorio de Atención a Trastorno Mental Grave en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid*. Comunicación presentada en XIV Curso Anual de Esquizofrenia: Organizado por el Servicio de Psiquiatría del H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid: 2009.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Reinares, M. Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de psicología*. 24, 1-3, p. 267-292.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 539-601.
- Edwards, J., Wade, D., Herrman-Doig, T. y Gee, D. (2004). Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first-episode psychosis. En J. Gleeson y P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. (págs. 191-208). Chichester, UK: Wiley.
- Frank, E., Swartz, H. A. y Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and Social Rhythm Therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.
- Gleeson, J. F. M. y McGorry, P. D. (2004). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Glick, I. D., Clarkin, J. F., Haas, G. L., Spencer, J. H. y Chen, C. L. (1991). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: VI. Mediating variables and outcome. *Family Process*, 30, 85-99.
- Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C. y McGorry, P. (2007) *Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis (COPE): A Practitioner's Manual*. Melbourne: EPPIC. Disponible en <http://www.eppic.org.au/free-downloads>
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. y Zarate, R. (2007). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. En Nathan, P. E. and Gorman, J. M. (Eds.), *A Guide to Treatments that Work (Third Edition)*. New York: Oxford University Press.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K. y Kerr, N. (2003). A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder Outcome of the First Year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernandez, P., Ortega, J., Garcia, P. y Gutierrez, A. (2007). A three-year follow up study of the prevention program for psychosis. Ponencia presentada in the Xth European Congress of Psychology. 3 a 6 de Julio de 2007. Prague. Czech Republic.
- Lewis, S., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., ... Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suplemento 43), 91-97.

- Miklowitz, D. J. y Craighead, W. E. (2007). Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder. En Nathan, P. E. and Gorman, J. M. (Eds.) *A Guide to Treatments that Work (Third Edition)*. New York: Oxford University Press.
- Miklowitz, D. J. y Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Fòrum de Salut Mental, coordinació. *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. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2. Disponible en <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>
- Moliner Ruiz, Mª (2007). *Diccionario de uso del español*. 3.ª Edición. Madrid: Gredos.
- Mueser, K. T. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia. En Caballo, V. E. (Dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. I)*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª ed. Rev. Washington.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (2001). ¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas? *Revista de Psicoterapia*, XII, 46-47.
- Ramirez, M. y Rush, J. A. (2005). *Cognitive-Behavioral therapy for bipolar disorder*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Ramírez, M. (2008). *Manual práctico del trastorno bipolar. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo*. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclee de Brovbwber.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. 22.ª Edición. Madrid: Espasa-Calpe.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. y Brenner, H. D. (2008). Terapia Psicológica Integrada (ITP) para la Esquizofrenia: ¿Es efectiva? *Rehabilitación Psicosocial*, 5.
- Scott, J., Paykel, E., Morris, R., Bentall, R., Kinderman, P. y Johnson, T. (2006) Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Startup, M., Jackson, M. y Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34, 413-422.
- Strober, M., Morrell, W., Lampert, C. y Burroughs, J. (1990). Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness: A naturalistic study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 457-461.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 3.
- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 1-3, 185-221.
- Vila, L., Area, R., Ferro, V., González, L., Justo, A., Suárez, M. J., ... Tuñas, M. L. (2007, febrero) Trastorno Mental Severo. *Revista de Terapia Ocupacional*, 5, consultado online el 10 de noviembre en <http://www.revistatog.com/num5/Revision1.htm>
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability—a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Manuscrito recibido: 05/02/2012

Revisión recibida: 22/02/2012

Manuscrito aceptado: 23/02/2012