

GUÍA DE MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE PERSONAS CON PSICOSIS



Elaboración de la guía por el equipo de trabajo:

- Susana Ochoa.** Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Grupo MERITT, Institut de Recerca Sant Joan de Déu. CIBERSAM, ISCIII
- Esther Pousa.** Departamento de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau. CIBERSAM, ISCIII
- Ana Barajas.** Programa Serra Húnter, Generalitat de Catalunya. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Eva Grasa.** Departamento de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau. CIBERSAM, ISCIII
- Rafael Penadés.** Hospital Clínic Barcelona, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. CIBERSAM, ISCIII
- Benedicto Crespo-Facorro.** Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla. CIBERSAM, ISCIII

Agradecimientos:

Nos gustaría agradecer a las personas que se han revisado de manera desinteresada la presente guía y que gracias a sus comentarios se ha mejorado la calidad de ésta.

Teresa Legido. Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions (INAD), Parc de Salut Mar. Fundació Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), Barcelona.

Aina Sastre-Buades. Hospital Son Llatzer. Mallorca.

Natalia Ojeda. Universidad de Deusto. Bilbao.

César González-Blanch. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL), Mental Health Centre, Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander.

Manuel Canal. Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla. CIBERSAM, ISCIII.

Yolanda Castells. Federació de Salut Mental Catalunya.

Apoyos institucionales a la guía



Asociación Nacional de Psicologos/as internos/as residentes (ANPIR)

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)

Centro de Investigación en Red en Salud Mental (CIBERSAM, ISCIII).

ÍNDICE

1. Introducción	9
1. Guías internacionales y tratamientos integrales	10
2. Eficacia de las intervenciones psicológicas	23
2.1 Intervención Psicoeducativa	24
2.2 Terapia Cognitivo-Conductual	51
2.3 Tratamiento de Rehabilitación Cognitiva	69
2.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales	84
2.5 Terapias dirigidas a las alteraciones de la Cognición Social	95
2.6 Terapias dirigidas a la Metacognición:	124
2.6.1 Entrenamiento Metacognitivo	126
2.6.2 Terapia MERIT	142
2.7 Intervenciones basadas en Mindfulness y Aceptación	167
2.8 Modelo de recuperación	191
2.9 Intervención Familiar en psicosis	213
2.10 Otras intervenciones psicosociales	241
2.10.1 Musicoterapia	241
2.10.2 Arte-terapia	253
2.10.3 Actividad Física	264
3. Aspectos relevantes para la implementación de las intervenciones psicológicas	281
3.1 Barreras para la implementación del tratamiento psicológico	282
3.2 Cultura organizacional	285
3.3 Nuevas direcciones para el tratamiento psicológico de las personas con psicosis	289
3.4 Tratamiento personalizado	293
3.5 Otros aspectos a tener en cuenta	298
4. Síntesis final	317

PREFACIO

Esta guía tiene como objetivo describir los tratamientos psicológicos que han demostrado ser más eficaces en la atención a las personas con psicosis, a partir de metaanálisis y estudios científicos. Para ello nos hemos centrado en revisar los diferentes tratamientos disponibles teniendo en cuenta los diferentes estadios de la psicosis incluyendo diagnósticos categoriales como la esquizofrenia pero también un abordaje dimensional que incluye los primeros episodios y los estados mentales de alto riesgo, así como poblaciones específicas o comorbilidades. A partir de esta información hemos descrito los aspectos a tener en cuenta en la toma de decisión de la intervención más adecuada. La finalidad es poder ayudar a los/as profesionales en esta decisión considerando diferentes elementos basados en la literatura científica sobre qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada persona, teniendo en cuenta sus características, y dotándola de un enfoque personalizado.

1.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, igual que los demás trastornos del espectro psicótico, es un trastorno heterogéneo con una alta carga de heredabilidad, pero también con una influencia de factores ambientales que afectan su desarrollo en períodos sensibles a lo largo de la vida (Van Os et al., 2010). El tratamiento farmacológico es la primera opción de tratamiento y resulta de gran ayuda para la reducción de los síntomas psicóticos. Sin embargo, solo alrededor del 14% de los y las pacientes cumplen criterios de recuperación y aproximadamente el 75% suspenden la medicación (Jääskeläinen et al., 2013). En este sentido, las intervenciones psicológicas se han identificado como necesarias para mejorar los resultados de los tratamientos farmacológicos, y se han ido implementando cada vez más en la práctica clínica.

Durante los últimos treinta años, se han desarrollado varias intervenciones psicológicas enfocadas en el tratamiento de las personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Hoy en día podemos contar con múltiples abordajes que nos permiten enfocarnos y trabajar aquellas áreas más afectadas, los tratamientos psicológicos son significativamente beneficiosos, y más del 40% de los y las pacientes han mostrado una clara mejoría en la recuperación clínica, incluso en ausencia de tratamiento con medicación (Morrison et al., 2014). Pero todavía existen ciertas limitaciones en la implementación del tratamiento psicológico. Por este motivo es importante identificar claramente las intervenciones que resultan más

eficaces para cubrir las necesidades de las personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y personalizar su tratamiento, así como evaluar las intervenciones eficaces para la prevención de poblaciones vulnerables.

GUÍAS INTERNACIONALES Y TRATAMIENTOS INTEGRALES

Existen diferentes guías internacionales y nacionales que recomiendan la utilización de tratamientos psicológicos para persona con psicosis. La guía del National Institute for Care and Health Excellence (NICE) propone que las Intervenciones Familiares (IF) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) estén recomendadas como tratamiento de primera línea para todas las personas con trastornos psicóticos y presencia de síntomas positivos o en riesgo de recaídas (NICE, 2014). Respecto a la TCC se considera que se debe administrar en formato individual y al menos en 16 sesiones de tratamiento manualizado. Se espera que se pueda trabajar con los pensamientos, emociones y respuestas que están relacionadas con los síntomas y el funcionamiento; así como re-evaluar las percepciones, creencias y razonamientos en relación a los síntomas. Respecto a las intervenciones familiares, se espera que se pueda incluir a la persona y a la familia en el abordaje, teniendo en cuenta las preferencias de éstos/as. Se considera que la duración del tratamiento oscile entre 3 meses y un año y que al menos se ofrezcan 10 sesiones. En algún supuesto, se considera que también se pueden ofrecer terapias artísticas para promocionar la recuperación, centradas específicamente en los síntomas negativos (NICE, 2014). Sin embargo, otras guías no incluyen este apartado y existe una posición crítica sobre incluir la arteterapia como una intervención con suficiente evidencia científica (Bastiampillai, 2016).

1. INTRODUCCIÓN

Por otro lado, la American Psychological Association (APA) propone una serie de intervenciones psicológicas que se deberían incluir en el tratamiento de las personas con psicosis. En primer lugar, abogan por un programa especializado en el tratamiento de personas con un Primer Episodio Psicótico (PEP). En cuanto a las intervenciones psicológicas destacan que la TCC, la psicoeducación y el empleo con apoyo son las intervenciones psicosociales que se deberían ofrecer a las personas con psicosis (Keepers et al., 2021). Concretamente en la división 12 de la APA, se señalan las siguientes intervenciones que están respaldadas contundentemente por la investigación: tratamiento asertivo comunitario, remediación cognitiva, TCC, psicoeducación familiar, programas de aprendizaje social-economía de fichas, entrenamiento en habilidades sociales y soporte en el empleo (Society of Clinical Psychology, 2022).

En la reciente publicación de la OMS (2023), se revisan las mejores intervenciones para la rehabilitación en esquizofrenia. En el marco de revisión de la evidencia y de un comité de grupo de expertos/as, se decidieron que las intervenciones más adecuadas para trabajar sobre los síntomas psicóticos son la TCC, la Remediación Cognitiva, el Entrenamiento Metacognitivo, las IF, los enfoques basados en mindfulness y el ejercicio físico. Además de los síntomas también se sugiere trabajar otros aspectos como son las relaciones sociales con actividades grupales estructuradas, entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones familiares y apoyo entre iguales; las actividades de la vida diaria con entrenamiento en habilidades diarias; y otros aspectos laborales y educacionales con intervenciones basadas en apoyo educativo, empleo con apoyo y asesoramiento, formación y apoyo profesional, entre otros.

El Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) recoge las recomendaciones de tratamiento psicosocial para personas

con esquizofrenia, basadas en evidencia actual y en la participación de revisión de la evidencia psicosocial, la consulta de un Comité Asesor Psicosocial y un panel de expertos/as (Dixon et al., 2010). Las recomendaciones se dividen en 8 áreas específicas de tratamiento, que incluyen tratamiento assertivo comunitario, empleo asistido, TCC, servicios para las familias, economía de fichas, formación en habilidades sociales, intervenciones psicosociales para los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, e intervenciones psicosociales para el control del peso. También señala algunas áreas emergentes que deberán valorarse en el futuro como la adherencia a la medicación, la remediación cognitiva, los tratamientos para primeros episodios psicóticos y el apoyo entre iguales.

La Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults (Norman et al., 2017; Addington et al., 2017) define las recomendaciones en base a una revisión de las directrices formuladas por la Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Se recomiendan una serie de tratamientos como son: las IF, los programas de empleo con apoyo, la TCC, la remediación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en habilidades para la vida y la psicoeducación, aunque también destacan que existen tratamientos psicosociales innovadores que están pendientes de una valoración más exhaustiva.

Por otro lado, en la guía práctica clínica de la Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Galletly C et al., 2016), se formularon recomendaciones basadas en la evidencia y en un grupo de consenso formado por un panel de expertos/as en la materia. Se seleccionaron intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, basadas en un modelo de esta-

1. INTRODUCCIÓN

díos clínicos. En cuanto a las intervenciones psicológicas destacan: Remediación Cognitiva, psicoeducación, entrenamiento en automanejo de la enfermedad, IF, TCC, apoyo por iguales, Entrenamiento Metacognitivo, Terapia de Cognición Social y Terapia de aceptación y compromiso y mindfulness.

Otros ejemplos de guías de práctica clínica a nivel nacional, desarrollada por el Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (2009), dirigidas a personas con trastornos mentales graves, sugieren que se deberían considerar la TCC y la IF, de la misma manera que lo hace la guía NICE y además incluyen la importancia de trabajar con rehabilitación cognitiva para personas con alteraciones en estas áreas.

Además de las guías establecidas y reconocidas para el tratamiento de las personas con psicosis se deben destacar algunos artículos de revisión o metaanálisis sobre este tema. En este sentido, Bighelli et al. (2021) realizaron un metaanálisis sobre qué intervenciones psicológicas y psicosociales eran de utilidad para evitar las recaídas. Sus resultados muestran que las personas que asistieron a IF, programas de prevención de recaídas, TCC, psicoeducación familiar y de paciente e intervenciones integradas, tuvieron menor tasa de recaída que las del tratamiento habitual a un año. Más recientemente, el metaanálisis realizado por Solmi et al. (2023) sugiere que las intervenciones tempranas, así como la TCC son mejores que el tratamiento habitual para reducir los síntomas psicóticos. Además, sugieren que intervenciones como la psicoeducación, la remediación cognitiva, las IF, el mindfulness y las habilidades sociales son eficaces para la recuperación, mejorar la cognición y la funcionalidad.

Por otro lado, la investigación y la innovación constante con la idea de poder ofrecer un mejor tratamiento a las personas con

psicosis nos lleva a desarrollar nuevas intervenciones psicológicas. En este sentido, cabe decir que muchos de los nuevos tratamientos desarrollados en los últimos años están basados en tratamientos demostrados y recogidos en la guía NICE como eficaces. Deberíamos centrarnos en el futuro en analizar qué aportan de diferencial y si se centran en poblaciones específicas que puedan resultar de especial importancia (Greenwood, 2017).

En la mayoría de los casos se evalua la eficacia de los tratamientos específicos, sin embargo, cabe destacar que existen diferentes programas integrales para tratar diferentes áreas afectadas en personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Un ejemplo es la terapia integrada para la esquizofrenia (IPT) (Roder et al., 1996), que está basada en una intervención conductual en la que se trabaja con síntomas, habilidades sociales y con déficits cognitivos entre otros aspectos. Esta terapia constituye un enfoque terapéutico holístico que combina intervenciones farmacológicas y psicosociales con el objetivo de mejorar la adaptación y funcionalidad de las personas con esquizofrenia. Los niveles funcionales que se trabajan son: atención/percepción, cognición, nivel microsocial (capacidades sociales y funcionales básicas) y nivel macrosocial (roles sociales). La IPT se realiza en formato grupal, con sesiones de entre 30 a 60 minutos, de tres veces por semana, y, durante tres meses. Los últimos estudios sugieren que la IPT es un abordaje efectivo para la rehabilitación de personas con esquizofrenia, facilitando una mejor recuperación (Roder et al., 2006; Roder et al., 2011).

Más recientemente, nos encontramos con los programas específicos para PEP que cuentan con tratamientos validados como la TCC y la IF, y otros abordajes integrados multidisciplinares, que conforman los diferentes programas (Moe et al., 2018; Puntis et al., 2020). Estos programas de atención temprana han

1. INTRODUCCIÓN

demostrado que son más eficaces que el tratamiento habitual en reducir las tasas de hospitalización y de desvinculación al servicio, mejoran los síntomas psicóticos, pero también los síntomas depresivos (muy prevalentes en los estadios iniciales), y ayudan a un mejor desarrollo en el trabajo y en los estudios (Correll et al., 2018). Wright et al. (2020) sugieren que la atención especializada coordinada que incluya modelos basados en la mejor práctica asistencial ha demostrado su eficacia. En esta línea, estos programas deben incluir tanto tratamiento individual como grupal y familiar que permitan afrontar la experiencia de la psicosis y promover la recuperación tanto sintomatológica como funcional con elementos comunes como la alianza terapéutica, la orientación a la recuperación, la educación y el entrenamiento en habilidades sociales (incluyendo resolución de problemas, comunicación, habilidades sociales y cognición social). Existen diferentes programas a nivel internacional que integran el tratamiento psicológico en el abordaje de las personas con un primer episodio psicótico como son el programa RAISE (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode) en Estados Unidos (Mueser and Cook, 2014), el programa OPUS (Optimal Treatment, Early Intervention and Prediction of Psychosis) en Dinamarca (Jørgensen et al., 2000), el programa EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) en Australia (McGorry et al., 1996), el programa TIPS (Early Treatment and Intervention in Psychosis) en Noruega (Hegelstad et al., 2012), el programa OASIS (Early Psychosis Program) en Canadá (Addington et al., 2005) y el programa PAPIF (Mayoral-van Son et al., 2021) y los diferentes programas autonómicos de primeros episodios en España (Llinàs et al., 2023), entre otros.

Sin embargo, a pesar de la clara evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas para personas con psicosis, a menos

del 10% de los/as pacientes se les ofrece estos tratamientos (Haddock, 2014). Existen diferentes barreras en este punto, que se detallarán en el último apartado, pero una de ellas es que las guías están propuestas basándose en ensayos clínicos estructurados que requieren de unos medios que en algunos casos es inviable llevar a cabo en la práctica clínica (Berry & Haddock, 2008). Otra consideración que debe hacerse tiene que ver con el modelo de eficacia basado inicialmente en la reducción de síntomas y recientemente más centrado en la recuperación de la persona y en la búsqueda del autodesarrollo personal. Finalmente, las guías se centran de manera holística en personas con esquizofrenia, sin embargo, las necesidades de tratamiento en las diferentes etapas del trastorno son diferentes planteando la necesidad de poder realizar abordajes diferentes en las personas con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMARs), PEP y esquizofrenia. En el próximo capítulo planteamos realizar una revisión de la literatura en diferentes intervenciones psicológicas que han resultado eficaces considerando la eficacia en diferentes ámbitos y teniendo en cuenta el curso de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):662-672.
doi:10.1177/0706743717719900.
- Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2005 Nov 1;79(1):107-16. doi:10.1016/j.schres.2005.03.019.

1. INTRODUCCIÓN

American Psychological Association (APA), Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>.

Bastiampillai, T. Nice guidelines for schizophrenia: can art therapy be justified? *Lancet Psychiatry*. 2016. Nov; 3 (11): 1016-1017.

Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, Craig TJ, Nordentoft M, Srihari VH, Guloksuz S, Hui CLM, Chen EYH, Valencia M, Juarez F, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Marcy P, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn D, Severe JB, Kane JM. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jun 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623. PMID: 29800949; PMCID: PMC6137532.

Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010 Jan;36(1):48-70. doi:10.1093/schbul/sbp115.

Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry P, Nielssen O, Tran N. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 May;50(5):410-72. doi: 10.1177/0004867416641195.

Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Clinical practice guideline on psychosocial interventions in severe mental illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; 2009. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.

Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Melle I, Opjordsmoen S, Rossberg JI, Rund BR, Simonsen E, Sundet K, Vaglum P, Friis S, McGlashan T. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. Am J Psychiatry. 2012 Apr;169(4):374-80. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030459.

Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophr Bull. 2013 Nov;39(6):1296-306. doi:10.1093/schbul/sbs130.

Jørgensen P, Nordentoft M, Abel MB, Gouliaev G, Jeppesen P, Kasow P. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study Rationale and design of the trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Jul;35(7):283-7. doi: 10.1007/s001270050240.

Keepers et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia View book page American Psychiatric. American Psychiatric Association. 2021 doi:10.1176/appi.books.9780890424841open_in_new.

Llinàs Mallol L, Blanco Silvente L, Barajas Vélez A, Lobo Polidano E, Estrada Sabadell MD, Vivanco Hidalgo RM. Evaluación de

1. INTRODUCCIÓN

los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. Agència de Qualitat i Avallació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2023.

Mayoral-van Son J, Juncal-Ruiz M, Ortiz-García de la Foz V, Vázquez-Bourgon J, Setién-Suero E, Tordesillas-Gutiérrez D, Gómez-Revuelta M, Ayesa-Arriola R, Crespo-Facorro B; PAFIP Research Group. Long-term clinical and functional outcome after antipsychotic discontinuation in early phases of non-affective psychosis: Results from the PAFIP-10 cohort. *Schizophr Res.* 2021 Jun;232:28-30. doi:10.1016/j.schres.2021.04.011.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):305-26.
doi: 10.1093/schbul/22.2.305.

Moe AM, Rubinstein EB, Gallagher CJ, Weiss DM, Stewart A, Breitborde NJ. Improving access to specialized care for first-episode psychosis: an ecological model. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018 Aug 30;11:127-138. doi:10.2147/RMHP.S131833.

Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403. doi:10.1016/S0140-6736(13)62246-1.

Mueser KT, Cook JA. Rising to the challenge of first episode psychosis: the NIMH Recovery After Initial Schizophrenia Episode (RAISE) initiative. *Psychiatr Rehabil J.* 2014 Dec;37(4):267-9.
doi: 10.1037/prj0000108.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. PMID: 25340235.

Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):617-623.
doi: 10.1177/0706743717719894.

Penadés R, Bernardo M. *Guía de intervenciones psicológicas en la esquizofrenia*. 2022. Barcelona: Ediveramerica.

Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 2;11(11):CD013288. doi: 10.1002/14651858.CD013288.pub2.

Roder V, Brenner HD, Hodel B. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1996.

Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ. Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37 Suppl 2(Suppl 2):S71-9.
doi: 10.1093/schbul/sbr072.

Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull*. 2006 Oct;32 Suppl 1(Suppl 1):S81-93. doi: 10.1093/schbul/sbl021.

Society of Clinical Psychology (2022).
https://div12.org/treatments/?_sfm_related_diagnosis=8141.

1. INTRODUCCIÓN

Solmi M et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. Mol Psychiatry. 2023 Jan, 28 (1): 354-368. doi: 10.1038/s41380-022-01727-z

Van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature. 2010 Nov 11;468(7321):203-12. doi: 10.1038/nature09563.

World Health Organization. (2023). Package of interventions for rehabilitation. Module 8. Mental health conditions. Geneva: World Health Organization (Package of interventions for rehabilitation). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071285>).

Wright A, Browne J, Mueser KT, Cather C. Evidence-Based Psychosocial Treatment for Individuals with Early Psychosis. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020 Jan;29(1):211-223.
doi: 10.1016/j.chc.2019.08.013.

Parte I

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

2.1.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Ana Calvo¹, Marta Rapado Castro², Carmen Moreno² y María Mayoral²

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

²Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, ISCIII, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Las intervenciones de orientación psicoeducativa son sistemáticas, psicoterapéuticas y didácticas; y tienen por objeto proporcionar información a los/as pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles, el fomento de habilidades de afrontamiento y la comprensión de lo que acompaña a la propia enfermedad (Bauml et al., 2007). Persigue cuatro objetivos principales: Asegurar el conocimiento y competencias básicas sobre el trastorno, promover la conciencia de trastorno, dotar de competencias para la prevención de recaídas y dotar de estrategias para la gestión de crisis.

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Desde su introducción en la práctica clínica, los programas psicoeducativos son una de las intervenciones psicosociales más ampliamente estudiadas y han sido desarrolladas en diferentes formatos que inciden sobre distintos grupos de personas: la unidad familiar individual (Falloon et al., 1982; Hogarty et al., 1986) la unidad familiar más un grupo de pacientes (Leff et al., 1990), sólo un grupo de pacientes (Leff et al., 1982) y grupos de familias múltiples (McFarlane et al., 1995).

En un primer momento, los tratamientos psicoeducativos se dirigían principalmente a pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Posteriormente, y tras demostrar ser efectivos en esta población, también se incorporaron al tratamiento de los/as pacientes con PEP e incluso más recientemente a pacientes con EMAR. A lo largo de este apartado se seguirá este orden para hacer un recorrido sobre los principales estudios que han evaluado la efectividad de las intervenciones psicoeducativas a lo largo del continuum y se describirán los principales componentes de las intervenciones psicoeducativas.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Las intervenciones de orientación psicoeducativa son sistemáticas, psicoterapéuticas y didácticas; y tienen por objeto proporcionar información a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles, el fomento de habilidades de afrontamiento y la comprensión de lo que acompaña a la propia enfermedad (Bauml et al., 2007). Persigue cuatro objetivos principales: Asegurar el conocimiento y competencias básicas sobre el trastorno, promover la conciencia de trastorno, dotar de competencias para la prevención de recaídas y dotar de estrategias para la gestión de crisis.

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN PSICOEDUCACIÓN

a. Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad que puede ser crónica y grave, en la que la falta de insight y de adherencia al tratamiento pueden favorecer las recaídas y empeorar los resultados en salud (Lacro et al. 2002). Las intervenciones psicoeducativas inciden sobre estos dos aspectos, por lo que podrían favorecer una mejor gestión de la enfermedad de las personas con esquizofrenia y mejorar su pronóstico. La psicoeducación suele comenzar alejando a los/as pacientes y a sus familiares a expresar su comprensión del trastorno, y a partir de ello se desarrolla gradualmente un denominador común entre el conocimiento de la enfermedad del que parten y el conocimiento científico del trastorno. Entre los contenidos específicos esenciales que suelen compartirse en los programas de psicoeducación están:

- Significado del término “esquizofrenia”.
- Síntomas positivos y negativos.
- Origen neurobiológico de los síntomas.
- Modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento.
- Varios medicamentos y sus efectos secundarios.
- Medidas psicosociales.
- Intervenciones psicoterapéuticas y prevención del suicidio.
- Señales de alerta temprana y prevención de recaídas.
- Curso y evolución a largo plazo, incluidas la remisión y la recuperación.

La información detallada, accesible y orientada a la recuperación sobre diagnósticos, síntomas y tratamientos contribuye a mejorar la salud del/la paciente y de su familia y fomenta la motivación para el tratamiento. Esto es así porque valida

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

la experiencia del/la paciente, conecta la experiencia personal con el lenguaje de la salud mental y justifica las opciones de tratamiento aumentando su aceptación. La psicoeducación se concibe como la base fundamental de todo el proceso terapéutico, siendo el respaldo donde asentar todas las intervenciones (Perkins et al., 2018). Es importante aclarar que en la literatura sobre “psicoeducación” a menudo se utiliza el término para describir intervenciones psicoterapéuticas más amplias, ya que históricamente la psicoeducación se fue ampliando incluyendo elementos terapéuticos y de rehabilitación cognitivos, conductuales y de apoyo y utilizando un marco que comparte características con estructuras de terapia familiar. En la presente guía estas intervenciones más completas se revisan en el apartado de IF.

La evidencia de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas y de su impacto tanto sobre los/as pacientes como sobre los familiares es consistente. Una revisión sistemática Cochrane publicada en 2011 (Xia et al. 2011) incluyó 44 ensayos aleatorizados controlados con el objetivo primario de evaluar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en combinación con el tratamiento habitual frente al tratamiento habitual solo y, secundario de examinar si algún tipo de intervención psicoeducativa en concreto, era superior a las otras. Los resultados se midieron de manera global y también teniendo en cuenta la duración de la intervención (breve: 10 sesiones o menos; estándar: 11 o más) o del seguimiento (corto: hasta 12 semanas; medio 13 a 52 semanas; largo: desde 52 semanas). Esta revisión encontró que las intervenciones que incluían psicoeducación se asociaban con mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico y también con, menor tasa de recaídas a medio y largo plazo y menor número de días de hospitalización, lo que puede estar potencialmente mediado por un mayor cumplimiento terapéutico.

Los estudios que se han llevado a cabo en nuestro medio confirman que la intervención psicoeducativa mejora la discapacidad social, la capacitación laboral y el curso de enfermedad (Mayoral et al., 2015; Bäuml et al., 2016; Ran et al., 2015) y disminuye el riesgo de hospitalización incluso tras 7 años de seguimiento (Mayoral et al., 2015, Bäuml et al., 2016). La adherencia al tratamiento psicofarmacológico, medida incluso de manera objetiva mediante niveles sanguíneos de fármacos (Bäuml et al., 2016), mejora también en los pacientes que realizan tratamientos psicoeducativos, manteniéndose la misma a largo plazo (Bäuml et al., 2016; Ran et al., 2015).

También, la evidencia sugiere que este tipo de intervenciones mejoran la percepción de carga del cuidador (Martín-Carrasco et al., 2015), el nivel de emoción expresada y el funcionamiento familiar (Öksüz et al., 2017). En cuidadores de pacientes crónicos también se ha observado mejoría en su estado mental tras la intervención, no siendo tan clara la mejoría en cuidadores de pacientes con inicio más reciente de la enfermedad (Shiraishi et al., 2019).

Ha habido estudios para determinar la duración óptima de las intervenciones psicoeducativas. En este sentido, no se han encontrado diferencias en cumplimiento terapéutico ni en tasa de recaídas entre las intervenciones breves y las de duración estándar cuando ambas se compararon con el tratamiento habitual, lo que sugiere que los formatos psicoeducativos breves pueden ser eficientes para el tratamiento de la esquizofrenia (Xia et al., 2011). Los datos actuales sugieren también que la eficacia de las intervenciones psicoeducativas individuales y grupales es similar (Xia et al., 2011), lo que abre la puerta a la implementación de intervenciones grupales coste-eficientes.

Por último, las intervenciones psicoeducativas en formato online también han demostrado utilidad en comparación con el trata-

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

miento habitual (Alvarez-Jimenez et al., 2014), con mejoría en los niveles de satisfacción y en el cumplimiento terapéutico (Yakirevitch et al., 2010) y en la comunicación paciente-clínico (Steinwachs et al., 2011). Un estudio con pacientes con esquizofrenia y sus personas de apoyo en el que se incluía la psicoeducación en formato online junto con un foro de pacientes moderado por el clínico mostró mejoría significativa en los/as pacientes en el apoyo social percibido y el estrés a los 3 meses de seguimiento y una reducción significativa en síntomas psicóticos positivos a los 12 meses de seguimiento en comparación con el tratamiento habitual (Rotondi et al., 2010). El desarrollo de intervenciones psicoeducativas online puede facilitar la implementación de estos tratamientos y convertirse en una herramienta útil y de fácil acceso para estos pacientes.

b. Primeros Episodios Psicóticos

Las intervenciones psicoeducativas en PEP también han demostrado ser efectivas en diferentes aspectos. Un metaanálisis reciente realizado por Camacho-Gomez y Castellvi (2020) en el que se incluyeron 14 ensayos clínicos aleatorizados, analiza la efectividad de las intervenciones psicoeducativas familiares vs. las intervenciones estándar hasta los 24 meses de seguimiento y concluye que las intervenciones psicoeducativas (tanto para pacientes como para familiares) son más eficaces que el tratamiento estándar o que el tratamiento estándar más otras intervenciones psicosociales, para reducir tanto las tasas de recaída como el tiempo de hospitalización, la sintomatología y mejorar el funcionamiento.

En España, el Programa de Intervención en Psicosis Adolescentes PIENSA (Ruiz-Sancho et al., 2012; Calvo et al., 2014) incluye las intervenciones psicoeducativas y técnicas de resolución de problemas en formato grupal, adaptadas para adolescentes y sus familiares.

La intervención de orientación psicoeducativa del programa PIENSA, es una adaptación del programa de William McFarlane (McFarlane 1991; McFarlane, Lukens et al. 1995) para adolescentes con PEP y sus familias. En su propuesta original, este modelo se aplicó en adultos con esquizofrenia. El formato era multi-familiar, de 18 meses de duración y los grupos incluían tanto a los familiares como a los propios pacientes. En nuestro caso, la adaptación del modelo ha consistido en:

- Modificación de la población diana: Los grupos están dirigidos específicamente a población adolescente y sus familiares. Esta novedad requirió la creación de un nuevo material de referencia, de orientación psicoeducativa, dirigido a chicos/as entre 14 y 18 años, con terminología y diseño adecuados para su momento evolutivo. Incluyendo temas como: 1) Qué es la Psicosis, 2) Síntomas, 3) Tratamiento, 4) Posibles efectos secundarios, 5) Consumo de Tóxicos y su influencia en la psicosis, 6) Prevención de recaídas, 7) manejo de crisis, 8) Influencia del estrés, 9) factores protectores de la psicosis, 10) Importancia de la comunicación, 11) Características propias de la adolescencia y 12) Nuevas tecnologías. (Ruiz Sancho A, Mayoral et al 2015).

Al inicio del programa PIENSA y hasta donde llega nuestro conocimiento, no existía ningún programa psicoeducativo específicamente diseñado para abordar los aspectos madurativos de la adolescencia junto a los dilemas diagnósticos y de tratamiento de los/as pacientes con PEP. Uno de los contenidos diferenciales de este programa psicoeducativo es el que hace referencia a la distinción entre síntomas propios de la enfermedad y manifestaciones evolutivas propias de la adolescencia, siendo ésta una aportación novedosa y de gran utilidad en el manejo de esta población, pues nuestra experiencia clínica indica que esta es una de las principales dificultades con las que se encuentran los fa-

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

miliares de adolescentes con psicosis. El diseño del programa, considera también las peculiaridades técnicas que el trabajo con pacientes adolescentes y sus familias requiere.

- Heterogeneidad de los diagnósticos: Bajo la denominación de PEP, se incluyen un grupo heterogéneo de procesos que con el tiempo evolucionan a diagnósticos muy diversos con diferente pronóstico y evolución; no existían programas que específicamente aborden los dilemas diagnósticos y pronósticos con los que se enfrentan los clínicos y los familiares que han de afrontar el tratamiento y manejo de estos trastornos en este momento evolutivo. Por ese motivo, este programa psicoeducativo aborda de forma genérica el concepto de psicosis incorporando contenidos elementales de educación para la salud que sean compartidos por todos los grupos diagnósticos y puedan servir como guía básica de comportamiento en estos primeros momentos del trastorno en los que predomina la incertidumbre.
- Realización de los grupos en paralelo: Teniendo en cuenta el momento evolutivo de los participantes y que uno de los retos madurativos a los que se enfrentan es el de la diferenciación de sus padres, se decidió realizar dos grupos simultáneos en paralelo: el de los padres y el de los chicos/as. De esta manera también se proporciona un espacio de intimidad y exclusividad que consideramos necesario para la expresión de sentimientos y revelación de experiencias personales que, sobre todo en el caso de los adolescentes, es difícil de lograr teniendo a sus padres al lado.
- Adaptación al modelo sanitario público de nuestro entorno: Aunque el modelo de McFarlane incluía grupos multifamiliares durante 18 meses, para facilitar su aplicación a nuestro medio y su posible difusión a otros servicios de salud mental, el programa tiene una duración de un curso académico, las sesiones se

realizan con frecuencia quincenal y solamente requiere la participación de dos clínicos, no siendo necesaria una formación altamente cualificada para ponerlo en práctica.

- Inclusión de supervisiones o grupos de terapeutas: una vez a la semana, los terapeutas recibían retroalimentación y supervisión del resto de miembros del equipo en el seguimiento de cada uno de los casos. Se trató pues, de tres grupos de trabajo en paralelo: el de chicos/as, el de padres y el de profesionales. Para profundizar más sobre el diseño del programa y la toma de decisiones llevadas a cabo ver Ruiz-Sancho, Calvo et al., (2012).

Para evaluar la efectividad del programa PIENSA, se llevó a cabo un ensayo clínico, se observó que los/as pacientes del grupo psicoeducativo redujeron sus visitas a urgencias y la sintomatología negativa al finalizar el programa (Calvo et al., 2014). Además, en el seguimiento a dos años se mantuvo el menor número de visitas a urgencias (Calvo et al., 2015). Dentro de este mismo programa, en un estudio posterior se observó como el programa PIENSA también favorece la rehabilitación de forma indirecta de otros aspectos como el funcionamiento cognitivo (Rapado-Castro et al., 2019).

Además, las intervenciones psicoeducativas han sido un elemento muy importante dentro de diferentes programas específicos en PEP a nivel internacional, como es el caso del Programa OPUS desarrollado en Dinamarca (Petersen et al., 2005). Este programa ofrecía a los/as pacientes con PEP y a sus familiares grupos de intervención psicoeducativa multifamiliar junto con intervención comunitaria. Se comparó este programa con el tratamiento habitual como grupo control y se concluyó que los/as pacientes que habían asistido al programa OPUS mostraron menores tasas de suicidio, síntomas negativos, abuso de sustancias y carga fami-

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

iliar que los/as pacientes del grupo control dos años después (Jeppesen et al., 2005; Petersen et al., 2005). Los efectos positivos sobre los síntomas psicóticos y el funcionamiento global se mantuvieron a los dos años tras la finalización del tratamiento, pero no a los 5 años tras finalizar el tratamiento (Bertelsen et al. 2008).

En el Reino Unido, el programa Lambeth Early Onset (LEO) incluye la terapia familiar como un componente fundamental, además del tratamiento vocacional, la TCC y el tratamiento assertivo comunitario. En un estudio controlado aleatorizado se concluyó que los pacientes con PEP que siguen el programa LEO presentan menos recaídas frente a los pacientes que siguen el tratamiento estándar (Craig et al. 2004). Sin embargo, los resultados obtenidos tras la intervención no se mantuvieron en el seguimiento a 5 años (Gafoor et al. 2010).

Otro programa específico en el que se incluye la psicoeducación como un componente muy importante es el Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS) desarrollado en Noruega (Fjell et al., 2007). Este estudio, comparó un grupo de adultos de entre 18 y 65 años que recibió intervención multifamiliar cada 15 días con entrenamiento en habilidades sociales, psicoterapia individual y farmacoterapia con otro grupo que recibió intervención estándar, encontrando mejores resultados en el grupo experimental, incluso en el seguimiento a los 10 años, en relación con la conciencia del trastorno, las recaídas y las hospitalizaciones.

En Estados Unidos también se han desarrollado diferentes programas como el programa Recovery After an Initial Schizophrenia Episode Early Treatment Program (RAISE-ETP) y el programa Portland Identification and Early Referral (PIER). El programa RAISE-ETP (Kane et al., 2015, 2016) es un programa de tratamiento familiar dirigido a pacientes con edades comprendidas

entre los 15 y los 40 años. Se evalúo la efectividad del programa en comparación con la intervención estándar mediante las variables calidad de vida, remisión, recuperación y rentabilidad del programa. Los participantes del grupo experimental presentaron una mayor mejora en la calidad de vida y la sintomatología, así como una mayor participación en el trabajo y la escuela. Además, los efectos más pronunciados se observaron en el caso de pacientes cuya DUP era menor de 74 semanas en comparación con otros participantes con DUP mayor de 74 semanas o pertenecientes al grupo control.

Por otro lado, el programa PIER es un sistema comunitario para identificar, prevenir y tratar tanto a personas con EMAR como con un PEP (McFarlane et al., 2010) e incluye diferentes componentes terapéuticos como la terapia multifamiliar, los tratamientos vocacionales y los farmacológicos (similares a otros programas de intervención en PEP ya mencionados). Con el objetivo de evaluar la efectividad del programa de intervención se realizó también un ensayo clínico en el cual se incluían participantes con alto riesgo para psicosis y pacientes con un PEP temprano, de una duración inferior a 30 días. Se concluyó que los pacientes que recibían este programa intensivo presentaban una mejoría de síntomas psicóticos (sintomatología positiva, desorganizada y general); sin embargo, no fue significativa la mejora en el funcionamiento social y ocupacional (McFarlane, Cornblatt y Carter, 2012; McFarlane et al., 2015).

En Australia, el Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) (McGorry et al., 1996) ofrece un programa de intervención temprana/precoz basado en la atención integral multifamiliar, derivándose a terapia individual cuando el clínico lo considera necesario. Este programa combina la psicoeducación, la terapia de apoyo y, en los casos más graves, la TCC. Con el objetivo de evaluar la efectividad de este programa se comparó el

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

grupo experimental formado por personas con EMAR o con PEP temprano con el grupo control que recibía atención comunitaria y los resultados mostraron una reducción significativa de síntomas positivos, negativos, desorganizados y generales, así como una mejoría en el funcionamiento para el grupo experimental en comparación con el grupo control. Además, a los dos años de seguimiento, el grupo experimental aumentó su participación en el trabajo y en la escuela.

En Canadá, se desarrolló el Calgary Early Psychosis Program (EPP) (Addington & Addington, 2009) que se centra en las intervenciones psicoeducativas familiares, las cuales contribuyen a reducir el estrés y dificultades familiares. Se articula tanto en intervenciones familiares individuales como multifamiliares. Se evaluó la efectividad el programa y se observó una mejora significativa en la percepción, depresión, síntomas positivos y funcionamiento social después de un año en los/as pacientes que recibían este programa de intervención, no así en los síntomas negativos, y una mejora sostenida en el uso indebido de sustancias durante 3 años. Además, los resultados indicaron que la DUP predecía un peor resultado posterior.

Con el objetivo de mantener la efectividad a largo plazo de las intervenciones se ha considerado desarrollar e implementar intervenciones online. Tal enfoque podría proporcionar un acceso fácil, oportuno y rentable al tratamiento y servir como una herramienta para la implementación de enfoques psicoterapéuticos complementarios que pueden mejorar la generalización y extensión de los beneficios clínicos observados (Calvo et al., 2015). En esta línea ya se está trabajando en la evaluación de la efectividad de una intervención online en PEP que sirva como complemento terapéutico a los tratamientos presenciales que se realizan en los centros de referencia (Barbeito et al., 2018).

c. Personas con alto riesgo de psicosis

En el caso de las personas con EMAR, hay poca evidencia sobre la efectividad de la intervención psicoeducativa tanto por sí sola como dentro de un encuadre multifamiliar (McFarlane et al., 2015; Miklowitz et al., 2014; O'Brien et al., 2014; O'Brien, Miklowitz, & Cannon, 2015; O'Brien et al., 2007). De entre ellos, un estudio de viabilidad de la aplicación de este tipo de intervenciones se realizó fuera de ensayo clínico, y por tanto en el contexto de las múltiples intervenciones comunitarias concomitantes posibles (O'Brien et al., 2007). A continuación se describen los resultados de los tres estudios realizados como parte de un ensayo clínico que se centra en explorar los efectos de la terapia familiar psicoeducativa sobre el manejo de las síntomas, las estrategias de comunicación, las habilidades sociales y de resolución de problemas entre los miembros de la familia (Miklowitz et al., 2014; O'Brien et al., 2014; O'Brien et al., 2015) y del otro ensayo clínico dentro de esta categoría, que utiliza un enfoque de terapia psicoeducativa multifamiliar grupal, que añade elementos de apoyo comunitario y apoyo en la inserción educativa y laboral incluidas dentro del propio paquete de intervención familiar, así como el uso de psicofármacos en esta población (McFarlane et al., 2015).

En este primer grupo de los tres estudios centrados sobre la efectividad de la terapia psicoeducativa para personas con EMAR en el contexto grupal multifamiliar, merece la pena señalar la reducción y mejora en síntomas y funcionamiento tras los 9 meses de terapia familiar psicoeducativa (O'Brien et al., 2007), particularmente en cuanto a síntomas positivos atenuados tras una intervención de 18 sesiones (Miklowitz et al., 2014). Además, gracias a esta misma intervención multifamiliar psicoeducativa, se observó una mejora en la comunicación constructiva y la reducción en comportamientos conflictivos dentro de la familia (O'Brien et al.,

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

2014), junto con una disminución en el nivel de criticismo maternal postratamiento, que predecía a su vez un descenso en los síntomas positivos atenuados de los participantes a los 12 meses de seguimiento (O'Brien et al., 2015). En el caso del programa multi-familiar comunitario que incluía aspectos novedosos de apoyo en la comunidad y educativos/laborales desarrollado por (McFarlane et al., 2015) se observó una mejora en los síntomas (positivos, negativos, desorganizados y generales), así como mayor participación laboral y escolar y funcionamiento global en la población de alto riesgo.

Otros estudios que valoran este componente psicoeducativo, lo hacen asociado a otro tipo de intervenciones específicas, como la TCC (van der Gaag et al., 2012), o a paquetes de intervención más amplios como los programas de intervención temprana especializada (Albert et al., 2017; Nordentoft et al., 2006) diseñados con el objetivo de prevenir la transición a la psicosis en personas identificadas como de EMAR. Entre estos últimos, el primer ensayo clínico desarrollado por el grupo OPUS en Dinamarca evidenció una bajada en las tasas de transición a psicosis, en sujetos con trastorno esquizoafectivo, con una intervención psicológica integrada de dos años basada en el manejo de casos, psicoeducación familiar y TTC (Nordentoft et al., 2006). Este hallazgo fue replicado dentro de otro programa de intervención integrada que incluía además un componente de rehabilitación cognitiva puesto en marcha en Alemania (Bechdolf et al., 2012) y más tarde se evidenció de nuevo en un metaanálisis (van der Gaag et al., 2013). Sin embargo, cuando se examinó el efecto preventivo de esta misma intervención OPUS (Nordentoft et al., 2006) de forma prolongada (3,5 años) en un ensayo clínico con una muestra independiente, los resultados fueron negativos; tanto sobre las tasas de transición como sobre otras variables (Albert et al., 2017). Por tanto, el efecto de las intervenciones psicológicas integrales en la preven-

ción de transición a psicosis, requiere aún de mayor replicación en ensayos clínicos con muestras y tiempos de seguimiento más amplios (van der Gaag et al., 2013).

Por último, en el caso de ensayos clínicos que incluyen psicoeducación como un componente adicional, para complementar la TTC, destaca la adaptación de la TCC dirigida específicamente a modificar sesgos cognitivos que se desarrolló como terapia añadida al tratamiento habitual en un grupo de participantes con EMAR que buscaron ayuda por trastornos mentales comórbidos, en los que observaron una tasa de reducción en transición a psicosis del 50%, tras la intervención psicoeducativa y conductual sobre los sesgos cognitivos (van der Gaag et al., 2012).

Como elementos clínicos específicos de estos programas en la puesta en marcha de forma integrada dentro de los servicios terapéuticos a los que acuden estos sujetos, destaca el hecho de que el tratamiento integrado incluyendo estos componentes de psicoeducación, en el caso de servicios como aquellos en los que se desarrolla el OPUS en Dinamarca (Nordentoft et al., 2006) no han sido diseñados para los casos prodrómicos o de EMAR per se (dada la escasez de evidencia de este tipo de programas específicos en esta población), sino que los elementos específicos que se han integrado en el tratamiento (tales como el tratamiento en la comunidad, la intervención familiar y el entrenamiento en habilidades sociales) se eligieron en función del efecto positivo descrito en poblaciones de sujetos crónicos con esquizofrenia y se aplican haciendo un énfasis especial en la problemática específica que traen los/as pacientes derivadas de su juventud y condiciones específicas. En este sentido, el tratamiento farmacológico no se aplicaba bajo ningún protocolo específico, sino que los propios psiquiatras podían prescribirlo a discreción en función de la evaluación de beneficios para el/la paciente.

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Este también es el caso de los estudios desarrollados para valorar los efectos del programa multifamiliar psicoeducativo del grupo de William McFarlane, cuyos resultados eficaces han sido ampliamente demostrados en adultos con psicosis y particularmente en adultos con esquizofrenia y que se plantean implementar en el grupo de EMAR y sus cuidadores principales (O'Brien et al., 2007). Estos estudios añaden los componentes psicoeducativos desarrollados en apartados anteriores sin variación y los aplican en este nuevo grupo diana de sujetos EMAR y sus cuidadores/familiares.

Por último, los estudios que incluyen el componente psicoeducativo para complementar la TCC, lo hacen de modo muy específico y centrado en los contenidos que pretenden implementar como parte de la TCC: en este sentido, el caso de la intervención conductual sobre los sesgos cognitivos desarrollada por (van der Gaag et al., 2012) utiliza la psicoeducación para enriquecer el programa de TCC ofreciendo educación adicional sobre los efectos de la supersensibilidad dopaminérgica en la percepción y el razonamiento además de los ejercicios para tomar conciencia y corregir los efectos de los sesgos cognitivos. Estos autores, en el apartado psicoeducativo, explican cómo esta hipersensibilidad dopaminérgica afecta la capacidad de percepción (hiper saliencia por estímulos triviales) y el pensamiento (con más intrusiones, razonamiento causal, sobre coincidencias, más sesgos en cuanto a buscar datos que confirmen sus pensamientos erróneos, etc.), además del trabajo TCC sobre los sesgos previamente seleccionados (de salto a conclusiones, atención selectiva a estímulos amenazantes, sesgos confirmatorios, sesgos de expectativas negativas, o de covarianza).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

- Los programas psicoeducativos constituyen una herramienta de intervención sencilla y accesible para incluir en la planificación del tratamiento, como un elemento clave en la atención a los pacientes con y en riesgo de psicosis, que puede ser fácilmente implementada en el sistema de salud. La experiencia clínica muestra la necesidad de diseñar tratamientos individuales y planes de atención para los pacientes con psicosis. Estos planes de intervención deben adaptarse continuamente a la evolución del trastorno, así como a la persona y a su entorno. Por esta razón, los recursos clínicos y comunitarios están obligados a facilitar asistencia en salud mental integral a lo largo de un continuum de atención de mayor a menor intensidad en función de las características y el debut de la enfermedad. La evidencia disponible demuestra que los sistemas de salud sin estos niveles de atención e intervención primaria por lo general, terminan siendo insuficientes e ineficaces a largo plazo (Gunderson, 2000).
- Los tratamientos psicoeducativos centrados en proporcionar información y apoyo y en implementar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, tanto a los pacientes como a sus familiares de forma temprana, disminuyen las consecuencias negativas del trastorno y previenen el desarrollo de dinámicas de interacción familiar perjudiciales (McFarlane 2016).
- Este tipo de intervención psicoeducativa en concreto ha demostrado ser un tratamiento efectivo en pacientes con PEP y esquizofrenia, además de ser un componente fundamental en los programas específicos de intervención en psicosis. En el

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

caso de EMAR, los beneficios de terapias psicológicas como la psicoeducación se han demostrado en diferentes estudios (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013; Welsh et al., 2011, 2012, 2014). Por lo tanto, los tratamientos psicoeducativos se pueden utilizar y son efectivos para cualquier estadio del continuum EMAR – PEP – Esquizofrenia, siendo su flexibilidad una ventaja frente a otros tratamientos.

REFERENCIAS

- Addington, J., & Addington, D. (2009). Three-year outcome of treatment in an early psychosis program. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 54(9), 626–630. doi.org/10.1177/070674370905400907
- Albert, N., Glenthøj, L. B., Melau, M., Jensen, H., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2017). Course of illness in a sample of patients diagnosed with a schizotypal disorder and treated in a specialized early intervention setting. findings from the 3.5 year follow-up of the OPUS II study. Schizophrenia Research, 182, 24-30.
- Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., Gonzalez-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. Schizophrenia Research, 156(1), 96-106.
- Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 17(1), 1-15.

Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., et al. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22-29.

Barbeito, S., Sánchez-Gutiérrez, T., Mayoral, M., Moreno, M., Ríos-Aguilar, S., Arango, C., & Calvo, A. (2019). Mobile App-Based Intervention for Adolescents With First-Episode Psychosis: Study Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 10, 27.

Bauml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the munich psychosis information project study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 854-861.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P. & Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 762-771.

Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Arango, C. & Mayoral, M. (2014). Intervention for adolescents with early-onset psychosis and their families: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(6), 688-696.

Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Arango, C. & Mayoral, M. (2015). Psychoeducational group intervention for adolescents with psychosis and their families: a two-year follow-up. *Journal of the Ame-*

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

- rican Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54(12), 984-990.
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98-109.
- Chan, S. K., Tse, S., Sit, H. L.T., Hui, C. L., Lee, E. H., Chang, W. C., & Chen, E. Y. (2016). Web-based psychoeducation program for caregivers of first-episode of psychosis: an experience of Chinese population in Hong Kong. *Frontiers in psychology*, 7, 2006.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Forrells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Bmj*, 329(7474), 1067.
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306(24), 1437-1440.
- Fjell, A., BlochThorsen, G. R., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K. et al. (2007). Innovations: Psychoeducation: Multi-family group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: Experiences from the TIPS project. *Psychiatric Services*, 58(2), 171-173.
- Gafoor, R., Nitsch, D., McCrone, P., Craig, T. K., Garety, P. A., Power, P., & McGuire, P. (2010). Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *The British journal of psychiatry*, 196(5), 372-376.

Gunderson, J. (2000). Levels of care: Indications, structure, staffing. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 107-129.

Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., Thorup, A., Simonsen, E. & Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633-642.

Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T. O. et al. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: Effect of treatment on family burden: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 48, s85-s90.

Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P. S., Gottlieb, J. D., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Pipes, R., Kurian, B. T., Miller, A. L., Azrin, S. T., Goldstein, A. B., Severe, J. B., Hin, H., Sint, K. J., John, M. & Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-372.

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

- Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., Addington, J., Estroff, S. E., Robinson, J. Penn, D. L. & Robinson, D. G. (2015). The RAISE early treatment program for first-episode psychosis: background, rationale, and study design. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), 240-246.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 0.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., & Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 157(4), 571-577.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 141(2), 121-134.
- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Gonçalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., et al. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33(1), 9-17.
- Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martinez-Jambrina, J. J., de Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Efficacy of a family intervention programme for prevention of hospitalisation in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomised study in spain. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 8(2), 83-91.

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain). (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*.

McCleery, A., Addington, J., & Addington, D. (2007). Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Research*, 152(2–3), 95–102.

McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*, 55(3), 460-482.

McFarlane, W. R., Cook, W. L., Downing, D., Verdi, M. B., Woodberry, K. A., & Ruff, A. (2010). Portland Identification and Early Referral: A community-based system for identifying and treating youths at high risk of psychosis. *Psychiatric Services*, 61(5), 512–515.

McFarlane, W. R., Cornblatt, B., & Carter, C. S. (2012). Early intervention in psychosis: Rationale: Results and implications for treatment of adolescents at risk. *Adolescent Psychiatry*, 2(2), 125–139.

McFarlane, W. R., Levin, B., Travis, L., Lucas, F. L., Lynch, S., Verdi, M. et al. (2015). Clinical and functional outcomes after 2 years in the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 30–43.

McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679-687.

McGorry, P. D. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry*, 58(4), 313-328.

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 305-326.
- Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C. et al. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 848–858.
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschlæger, J., Melau, M., Christensen, T. Ø, et al. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83(1), 29-40.
- O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B. C., et al. (2014). A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: Effects on interactional behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 90.
- O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., & Cannon, T. D. (2015). Decreases in perceived maternal criticism predict improvement in sub-threshold psychotic symptoms in a randomized trial of family-focused therapy for individuals at clinical high risk for psychosis. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 945.
- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Bearden, C. E., Daley, M., Niendam, T. A., Kopelowicz, A., et al. (2007). Psychoeducational mul-

ti-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. Early Intervention in Psychiatry, 1(4), 325-332.

Öksüz, E., Karaca, S., Özaltın, G., & Ates, M. A. (2017). The effects of psychoeducation on the expressed emotion and family functioning of the family members in first-episode schizophrenia. Community Mental Health Journal, 53(4), 464-473.

Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C & Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. The Lancet Psychiatry, 5, 747 – 764.

Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. British Medical Journal, 331(7517).

Ran, M., Chan, C., Ng, S., Guo, L., & Xiang, M. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a chinese rural area. Psychological Medicine, 45(10), 2197-2204.

Rapado-Castro M, Moreno C, Ruiz-Sancho A, Camino F, Arango C, Mayoral M. Role of Executive Function in Response to a Problem Solving Based Psychoeducational Intervention in Adolescents with Psychosis: The PIENSA Trial Revisited. J Clin Med. 2019 Dec 2;8(12):2108. doi: 10.3390/jcm8122108. PMID: 31810220; PMCID: PMC6947315.

2.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Rotondi, A. J., Anderson, C. M., Haas, G. L., Eack, S. M., Spring, M. B., Ganguli, R., et al. (2010). Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: One-year outcomes. *Psychiatric Services*, 61(11), 1099-1105.

Ruiz-Sancho, A., Calvo, A., Rapado-Castro, M., Moreno, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Tapia, C., Chiclana, G., Rodríguez, P., Fernández, P., Arango, C. & Mayoral, M. (2012). PIENSA: development of an early intervention program for adolescents with early-onset psychosis and their families. *Adolescent Psychiatry*, 2(3), 229-236.

Ruiz Sancho, AM., Mayoral, M. COORD. (2015). PIENSA: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis. Calvo, A., Kehrmann Irisarri, L., Moreno, C., Moreno, M., Rapado-Castro, M., Sánchez-Gutiérrez, T. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER). Madrid, España. ISBN: 978-84-606-6643-1 Depósito Legal: M-8934-2015.

Shiraishi, N., Watanabe, N., Katsuki, F., Sakaguchi, H., & Akechi, T. (2019). Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-12.

Steinwachs, D. M., Roter, D. L., Skinner, E. A., Lehman, A. F., Fahey, M., Cullen, B., et al. (2011). A web-based program to empower patients who have schizophrenia to discuss quality of care with mental health providers. *Psychiatric Services*, 62(11), 1296-1302.

Van der Gaag, M., Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M., et al. (2012). Cognitive behavioral therapy for

-
- subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: A randomized controlled clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1180-1188.
- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., et al. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 56-62.
- Welsh, P., Mediavilla, J. L., & Tiffin, P. A. (2011). Attitudes and knowledge of child and adolescent mental health clinicians in relation to the psychosis risk syndrome. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 355-359.
- Welsh, P., & Tiffin, P. A. (2012). Experience of child and adolescent mental health clinicians working within an at-risk mental state for psychosis service: A qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(2), 207-211.
- Welsh, P., & Tiffin, P. A. (2014). Assessing adolescent preference in the treatment of first-episode psychosis and psychosis risk. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(3), 281-285.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Yakirevitch, J., Marchevsky, S., Abramovitch, Y., & Kotler, M. (2010). P03-153-special informative internet site for schizophrenic patients: Its feasibility and contribution to pharmacotherapy. *European Psychiatry*, 25(S1), 1.

2.2.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Trinidad Peláez¹

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Grupo MERITT, Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

A principios del siglo XX la esquizofrenia era entendida como una enfermedad cerebral que evolucionaba hacia el deterioro cognitivo y funcional con escasas opciones terapéuticas. Durante los años 50 empezaron a sintetizarse los primeros fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, y en 1952, Aaron Beck (1952) aplicó por primera vez la terapia cognitiva a un paciente con delirios resistentes al tratamiento farmacológico.

A partir de este momento, y principalmente durante los años 90, empezaron a proliferar una gran cantidad de estudios sobre la aplicación de la TTC en pacientes con esquizofrenia crónica.

El principio fundamental del modelo cognitivo-conductual consiste en que la forma en la que los individuos interpretan la realidad, determina sus emociones y su conducta. Está ba-

sado en los principios y las técnicas de intervención desarrolladas para la depresión (Beck et al., 1979) y la ansiedad (Beck et al., 1985) y toma como modelo para entender la psicosis el modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin y Spring, 1977). La conceptualización del origen y el mantenimiento de la psicosis, así como la estructura de la terapia fue adaptada en trabajos posteriores (Bentall et al., 2001; Garety et al., 2013; Freeman et al., 2016).

Los componentes de esta intervención comprenden la construcción de la relación terapéutica con los/as pacientes; la provisión de información normalizadora sobre las experiencias psicóticas para reducir el estigma; la formulación del caso para que el/la paciente entienda la conexión entre sus pensamientos, su respuesta emocional y sus conductas en relación a los síntomas; el abordaje cognitivo y conductual de los delirios y las alucinaciones mediante cuestionamiento socrático; la realización de experimentos conductuales y la práctica de nuevas estrategias de afrontamiento. Estas técnicas también pueden utilizarse para abordar los síntomas negativos y los síntomas comórbidos (principalmente los síntomas de ansiedad, depresión y el abuso de sustancias) así como para realizar un plan de prevención de recaídas y de actuación en crisis.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

A pesar de que inicialmente la investigación se centró en los síntomas positivos como medida principal de resultado, posteriormente se fueron incluyendo otras medidas como los síntomas negativos, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la sintomatología comórbida, que incluía síntomas de ansiedad o depresión.

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

a. Esquizofrenia

En una revisión de 2012 se analizaron diversos estudios que comparaban la eficacia de la TTC para la esquizofrenia con grupos control en los que se aplicaba terapia de apoyo como coadyuvante al Tratamiento Habitual (TH). En cuanto a los síntomas positivos, encontraron una mejoría después del tratamiento con un tamaño del efecto grande ($ES=1.31$) que se mantenía en el seguimiento ($ES = 1.48$). El período de seguimiento oscilaba entre los 6 y los 18 meses, dependiendo del estudio (Rector et al., 2012). En otro metaanálisis más reciente, a parte de los síntomas positivos, también se encontró una mayor eficacia de la TCC comparada con el TH en síntomas negativos, prevención de recaídas y funcionamiento (Bighelli et al., 2021).

La TCC también se mostró efectiva para las alucinaciones auditivas (Pontillo et al., 2016) y para los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos (Opoka et al., 2017). En cambio, el efecto de la TCC en medidas generales como la funcionalidad o la calidad de vida ha sido dispar. Mientras que en algunos estudios no han encontrado una mejoría en comparación con el TH (Laws et al., 2018), existen algunos resultados en los que se demostró una cierta eficacia en esta última (Bighelli et al., 2018). En cuanto al consumo de tóxicos, se necesitan más estudios para determinar la eficacia de la TCC en pacientes con psicosis (Hjorthøj et al., 2009).

La cantidad de estudios que medían la eficacia de la TCC en los síntomas negativos era mucho más escasa. A pesar de esto, encontraron también tamaños de efecto grandes en el post-trata-

miento ($ES=1.08$) que también se mantenían en el seguimiento a 9 meses ($ES=0.88$) (Rector et al., 2012).

Las terapias de tercera generación desarrolladas posteriormente centran el foco de la intervención en la relación que los/as pacientes tienen con los síntomas, así como en las respuestas conductuales que desencadenan. El mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso son las más significativas. Estos enfoques han mostrado también eficacia en psicosis, aunque con tamaños del efecto pequeños en la reducción de síntomas positivos y moderados en la mejora de síntomas depresivos (Louise et al., 2018) y negativos (Koury et al., 2013).

El programa “The Feeling Safe” ha sido desarrollado en los últimos años con el fin de mejorar la eficacia de la TCC en los delirios de persecución. En lugar de centrar su foco en el cuestionamiento de los procesos de pensamiento subyacentes al delirio, centra su foco en aquellos procesos psicológicos que han mostrado estar implicados en el mantenimiento de las creencias de amenaza (Freeman, 2016). Estos factores incluyen la preocupación excesiva, una baja confianza en uno mismo, alteraciones del sueño, intolerancia a la ansiedad y a otras experiencias internas desagradables y el uso de conductas evitativas o de búsqueda de seguridad (Freeman, 2016). El programa propone un trabajo por módulos que abarca los factores de mantenimiento específicos que presenta una determinada persona y propone a los pacientes un triple objetivo terapéutico: sentirse más seguros, para poder hacer aquello que quieran hacer, y ser más felices. El programa consiste en unas 20 sesiones semanales a lo largo de 6 meses en diferentes emplazamientos cotidianos del paciente que se dedican a la implementación de estrategias en la vida diaria correspondientes con cada módulo. Se incluye además un contacto adicional (por ejemplo, llamadas telefóni-

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTAL

cas) entre sesiones para hacer un seguimiento intensivo de la práctica de dichas estrategias.

Este programa ha demostrado reducir hasta en un 50 % los delirios de persecución persistentes y resulta ser en la actualidad el que mayor tamaño del efecto ha reportado para delirios persistentes (Freeman et al., 2021). Además, el programa resulta ser subjetivamente muy positivo para los participantes ya que perciben cambios significativos y lo describen como algo práctico, centrado en soluciones y adaptado a sus necesidades e intereses (Bond et al., 2022).

b. Primeros episodios psicóticos

Posteriormente, y con la implementación de los equipos de detección e intervención precoz en psicosis que tuvieron lugar en Australia, EEUU y Europa, se realizaron numerosos ensayos clínicos cuyo objetivo era evaluar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en los/as pacientes con un PEP y posteriormente en los EMAR para psicosis. La premisa de la que partían tenía que ver con los resultados obtenidos en diversos estudios en los que se demostró que las intervenciones enfocadas a disminuir la DUP conseguían unas tasas de remisión más elevadas a corto y largo plazo (Marshall et al., 2005).

De esta forma, los primeros programas de intervención precoz en psicosis ofrecían tratamientos multidisciplinares e incluían intervenciones farmacológicas, psicológicas de orientación cognitivo-conductual, vocacionales, familiares, entrenamiento en habilidades sociales de forma integrada. Estos programas obtuvieron mejores resultados en comparación con elTH en un rango amplio de resultados clínicos, incluyendo el riesgo de hospitalización, los días de hospitalización, los síntomas positivos y negativos y también el funcionamiento global (Correll et al., 2018).

La TCC se adaptó en función de en qué momento del trastorno se encontrarán los y las pacientes: durante la fase pre-psicótica, la fase aguda de un PEP, el período de recuperación temprano (primeros 6 meses) y el período de recuperación tardío (de 6 meses a 5 años) (McGorry, 2004).

Resulta difícil aislar el efecto específico que tiene la TCC del resto de intervenciones en los programas de intervención precoz en psicosis. A pesar de esto, existen estudios que han encontrado una mayor eficacia de esta intervención en comparación con el TH en algunos dominios (Bird et al., 2010).

La Cognitive Orientated Psychotherapy for Early Psychosis (COPE) estaba orientada a la adaptación al trastorno después de un PEP y fue desarrollada en el Programa EPPIC en Melbourne (Australia). En un primer estudio se encontró que los/as pacientes que siguieron tratamiento psicológico mediante TCC tenían mejores resultados en cuanto a la adaptación a la psicosis, los síntomas depresivos, la comprensión del trastorno y la calidad de vida, con una tendencia a la mejoría de los síntomas negativos. No se encontraron diferencias significativas en los síntomas positivos entre los/as pacientes que habían recibido la TCC y el grupo control puesto que la intervención no estaba diseñada para tratarlos específicamente (Jackson et al., 1998). En el estudio de seguimiento a un año, no encontraron diferencias significativas entre los y las pacientes que habían realizado el tratamiento y los que no (Jackson, 2005).

El Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP) tenía como objetivo la reducción de los síntomas persistentes en pacientes con psicosis temprana. Cuando éste se añadía al tratamiento psicofarmacológico se observó que la reducción de los síntomas negativos era significativamente mayor y había una tendencia a una mayor mejoría también de los síntomas positivos

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTAL

medidos con la BPRS (Edwards et al., 2011). El estudio SOCRATES estudiaba los efectos de un formato de TCC aplicado durante 5 semanas en una muestra de pacientes hospitalizados durante la fase aguda de un PEP. Esta intervención tenía como objetivo la reducción de los síntomas psicóticos positivos y los resultados indicaron que, en los/as pacientes que habían recibido la TCC, se produjo una remisión más rápida de los síntomas positivos medidos con la PANSS, especialmente de las alucinaciones auditivas. En cambio, este efecto se perdía a las 6 semanas cuando se comparaba con el grupo que recibió el TH (Lewis et al., 2002). No se apreció una disminución en las tasas de recaídas a los 18 meses de seguimiento en los y las pacientes que habían recibido TCC a pesar de que sí se observó un mantenimiento de la mejoría en los síntomas psicóticos (Tarrier et al., 2004).

c. Estados Mentales de Alto Riesgo

En cuanto a los/as pacientes con EMAR para psicosis, el primer ensayo clínico que se realizó en el que se comparaba 6 meses de TCC con el TH fue el “Early detection and intervention evaluation for people at high-risk of psychosis” (EDIE) en 2004 (Morrison et al., 2004). En este ensayo, el resultado principal fue la tasa de transición a psicosis en un período de 12 meses de seguimiento, es decir, la cantidad de pacientes que en un año cumplieron criterios para un PEP. El resultado fue que la TCC redujo en un 96% la probabilidad de transitar a la psicosis en un período de un año. También se apreció una disminución significativa en los síntomas positivos y de las probabilidades de recibir tratamiento con antipsicóticos en aquellos/as pacientes que hicieron TCC.

Los beneficios de este formato de TCC en los síntomas positivos, negativos y depresivos también se han replicado en una muestra de pacientes asiáticos con EMAR (Kim et al., 2011).

En un metaanálisis reciente en el que se analizaron diferentes estudios de eficacia de la TCC en EMAR, se encontró que esta intervención era eficaz en la reducción del riesgo a padecer psicosis en períodos de seguimiento de hasta 24 meses en comparación con los tratamientos basados en las necesidades (Zheng et al., 2022). Además, la TCC mejoraba los síntomas subumbrales y esta mejora se sostenía hasta los 24 meses de seguimiento.

Existe una gran controversia entre el tipo de intervenciones más adecuadas en términos de coste-beneficio para los/as pacientes con EMAR (McGorry et al., 2018; Shah et al., 2020). A diferencia de la terapia farmacológica, especialmente con neurolépticos, la TCC constituye una intervención poco estigmatizante y más fácilmente aceptada por los y las pacientes, con unas buenas tasas de adherencia y que resulta eficaz para prevenir o al menos retrasar el inicio de la psicosis y también para reducir la intensidad de los síntomas positivos subclínicos. Por este motivo, las recomendaciones clínicas sitúan la TCC como una de las primeras opciones terapéuticas para este tipo de pacientes, entre otras intervenciones psicológicas. Las intervenciones transdiagnósticas están empezando a aplicarse en pacientes con EMAR, especialmente en los casos en los que existe una elevada tasa de comorbilidad (Peláez et al., 2022, 2023; Weintraub et al., 2022).

A pesar de esto, existe suficiente evidencia científica para que las principales guías clínicas de intervención en psicosis recomiendan el uso de la TCC en los servicios públicos de salud, tanto en pacientes con esquizofrenia crónica como en las fases iniciales de la psicosis (Addington et al., 2017; Dixon et al., 2009; Galletly et al., 2016; NICE, 2014; Norman et al., 2017; Orygen, 2016).

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el abordaje psicológico de pacientes jóvenes con psicosis o con EMAR es de especial relevancia trabajar el vínculo terapéutico (Shattock et al., 2018), normalizar los síntomas psicóticos subumbrales (Dudley & Turkington. 2011), facilitar la accesibilidad a los/as profesionales y adaptar de manera individualizada las intervenciones, especialmente para aquellos/as pacientes que presenten síntomas negativos (Velthorst et al., 2015).

A modo de conclusión, muchos autores destacan la necesidad de ampliar el número de estudios que evalúen de forma más exhaustiva el efecto que tiene la TCC en los síntomas positivos y negativos, la sintomatología comórbida, la funcionalidad y la calidad de vida en pacientes con psicosis. La gran variabilidad de intervenciones cognitivo-conductuales que se utilizan en los diferentes estudios (tipo de técnicas, número de sesiones, tipo de intervención control) hacen difícil la comparación de los resultados y la identificación de los componentes de la terapia que son más eficaces en cada síntoma o en cada fase de la enfermedad. Por otro lado, cabe mencionar que existen algunos estudios cualitativos que destacan la importancia de la aceptabilidad y la satisfacción subjetiva por parte de los/as pacientes que reciben TCC (Wood et al., 2015) y también que contemplan el vínculo terapéutico como un elemento central de este tipo de intervenciones (Shattock et al., 2018).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- La TCC se empezó a aplicar en los años 90 en pacientes con esquizofrenia, adaptando los principios de la terapia cognitiva de Beck para la depresión.

-
- La intervención se centra en ayudar a los pacientes a desarrollar un modelo explicativo que le ayude a entender sus síntomas de una forma que les genere menos malestar y a practicar estrategias de afrontamiento más eficaces para mejorar el funcionamiento.
 - La TCC ha demostrado ser efectiva en la mejora de los síntomas positivos y negativos y también en la ansiedad y depresión comórbida. Los efectos en funcionalidad son más limitados.
 - Los programas de intervención incluían TCC demostraron mejores resultados en la reducción de síntomas y en la adaptación a la enfermedad que el TH.
 - LaTCC se ha mostrado eficaz en la reducción de la transición a psicosis y en la mejora de los síntomas subumbrales en los pacientes con EMAR.

REFERENCIAS

- Addington, D., Anderson, E., Kelly, M., Lesage, A., & Summerville, C. (2017). Canadian practice guidelines for comprehensive community treatment for schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(9), 662–672.
<https://doi.org/10.1177/0706743717719900>.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15(3), 305–312. <https://doi.org/10.1080/00332747.1952.11022883>.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985) Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143–1192.
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00106-4).
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis: Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 316–329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>.
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 8(11), 969–980.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00243-1).
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 350–356.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>.

Bond J, Kenny A, Mesaric A, et al. A life more ordinary: a peer research method qualitative study of the Feeling Safe Programme for persecutory delusions. *Psychol Psychother*. 2022;95(4):1108–25. <https://doi.org/10.1111/papt.12421>.

Correll, C.U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T.J., Nordentoft, M., Srihari, V.H., Guloksuz, S., Hui, C.L.M., Chen, E.Y.H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Brunette, M.F., Mueser, K.T., Rosenheck, R.A., Marcy, P., Addington, J., Estroff, S.E., Robinson, J., Penn, D., Severe, J.B., Kane, J.M . (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6), 555–565.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>.

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pa-sillas, R. M., Peer, J., Kreyenbuhl, J., & Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements.

Schizophrenia Bulletin, 36(1), 48–70.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>.

Dudley, R., & Turkington, D. (2011). Using normalising in cognitive behavioural therapy for schizophrenia. In R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grâwe (Eds.), *CBT for psychosis: A symptom-based approach* (pp. 77–85). Taylor & Francis Group.

Edwards, J., Cocks, J., Burnett, P., Maud, D., Wong, L., Yuen, H. P., Harrigan, S. M., Herrman-Doig, T., Murphy, B., Wade, D., &

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- McGorry, P. D. (2011). Randomized controlled trial of clozapine and CBT for first-episode psychosis with enduring positive symptoms: A pilot study. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/394896>.
- Freeman, D. (2016). Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 685–692.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00066-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00066-3).
- Freeman, D., Bradley, J., Waite, F., Sheaves, B., DeWeever, N., Bourke, E., McInerney, J., Evans, N., Cernis, E., Lister, R., Garety, P., & Dunn, G. (2016). Targeting recovery in persistent persecutory delusions: A proof of principle study of a new translational psychological treatment (the Feeling Safe Programme). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(5), 539–552.
<https://doi.org/10.1017/S1352465816000060>.
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E., Isham, L., Bird, J. C., Edwards, D., Kingdon, D., Fitzpatrick, R., Kabir, T., & Waite, F. (2021). Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: A parallel, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 696–707.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00158-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00158-9).
- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(9), 617–623.
<https://doi.org/10.1177/0706743717719894>.

-
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(5), 327–333.
<https://doi.org/10.1192/bj.p.bp.113.126953>.
- Hjorthøj, C., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2009). Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders - a systematic review. *Addictive behaviors*, 34(6-7), 520–525.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.02.001>.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S., & Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 172(33), 93–100.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Killackey, E., & Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological medicine*, 35(9), 1295–1306.
<https://doi.org/10.1017/S0033291705004927>.
- Kim, K. R., Lee, S. Y., Kang, J. I., Kim, B. R., Choi, S. H., Park, J. Y., Lee, E., An, S. K., & Kwon, J. S. (2011). Clinical efficacy of individual cognitive therapy in reducing psychiatric symptoms in people at ultra-high risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 5(2), 174–178.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00267>.

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176–184.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>.
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC psychology*, 6(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181(S43), s91–s97.
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s91>.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 192, 57–63.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975–983.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>.

Mc Gorry P.D., 2004. En: Gleeson J.F.M., Mc Gorry, P.D. Psychological Intervention in Early Psychosis: A Treatment Handbook. John Wiley and Sons, Ltd. 2004. (p. 14).

McGorry, P.D., Hartmann, J. A., Spooner, R., & Nelson, B. (2018). Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(2), 133–142. <https://doi.org/10.1002/wps.20514>.

Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185, 291–297. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>.

National Institute for Health and Care Excellence. 2014. *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg178.

Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(9), 617–623.
<https://doi.org/10.1177/0706743717719894>.

Opoka, S. M., & Lincoln, T. M. (2017). The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 641–659. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.005>.

Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health (2016, June). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*. Disponible

2.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTAL

en: <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>.

Peláez, T., López-Carrillero, R., Ferrer-Quintero, M., Ochoa, S., & Osma, J. (2022). Application of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra-high risk of developing psychosis: A randomized trial study protocol. *Frontiers in psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.976661>.

Peláez, T., López-Carrillero, R., Subirana-Mirete, J., Ochoa, S., & Osma, J. (2023). Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in a case of Ultra-high Risk for psychosis with emotional comorbidity. *Clinical Case Studies*, 153465012311792. <https://doi.org/10.1177/15346501231179250>.

Pontillo, M., De Crescenzo, F., Vicari, S., Pucciarini, M. L., Averna, R., Santonastaso, O., & Armando, M. (2016). Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: A review. *World journal of psychiatry*, 6(3), 372–380. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i3.372>.

Rector, N. A., & Beck, A. T. (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(10), 832–839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826dd9af>

Shah, J. L., Jones, N., van Os, J., McGorry, P. D., & Güloksüz, S. (2022). Early intervention service systems for youth mental health: integrating pluripotentiality, clinical staging, and transdiagnostic lessons from early psychosis. *The Lancet. Psychiatry*, 9(5), 413–422. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00467-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00467-3).

-
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e60–e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., & Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184, 231–239. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.231>.
- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., McGorry, P., & Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia research*, 149(1-3), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.004>.
- Velthorst, E. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*, 45(3), 453–465. <https://doi: 10.1017/S0033291714001147>.
- Wood, L., Burke, E., & Morrison, A. (2015). Individual cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp): a systematic review of qualitative literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 285–297. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000970>.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>.

2.3.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

Rafael Penadés¹, Rosa Ayesa²

¹Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. CIBERSAM

²Hospital Universitario Marqués de Valdecillas. IDIVAL. CIBERSAM

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN COGNITIVA

Se ha descrito que las personas con esquizofrenia presentan alteraciones en algunas funciones cognitivas como son las funciones ejecutivas, la memoria, memoria de trabajo, velocidad motora y atención (Tschentscher N et al., 2023). El tratamiento de las disfunciones cognitivas resulta crítico en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que está fuertemente asociado a niveles altos de discapacidad social y funcional resulta no ser el factor clave que contribuye a dicha discapacidad (Green, 2016). La rehabilitación cognitiva es una intervención psicológica destinada a tratar las disfunciones cognitivas asociadas a la esquizofrenia. Debido a que el tratamiento farmacológico ejerce un efecto muy limitado sobre las disfunciones cognitivas, y que la remisión clínica no necesariamente da como resultado una recuperación funcional, el uso del tratamiento de rehabilitación cognitiva resulta crucial

para mejorar la discapacidad funcional y lograr los objetivos de recuperación personal del/la paciente.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Se han propuesto diferentes opciones de tratamiento para intentar mejorar los problemas cognitivos en la esquizofrenia, con formatos en lápiz y papel, programas de ordenador, formato individual, grupal y otros más (Penades & Gastó, 2010). Ante esta heterogeneidad, es importante disponer de una definición que nos permita identificar los elementos concretos que debe tener el tratamiento para que éste sea reconocible y demostrarse eficaz. La definición mayoritariamente adoptada en la actualidad es la que realizó el grupo de trabajo *Cognitive Remediation Expert Working group* (CREW): "La rehabilitación cognitiva es una intervención que implica un entrenamiento conductual dirigido a los problemas cognitivos: atención, memoria, función ejecutiva, cognición social o metacognición, utilizando los principios científicos del aprendizaje, con el objetivo final de mejorar los resultados funcionales. Su efectividad aumenta cuando se realiza en un contexto (formal o informal) que brinda apoyo y oportunidad para extenderse al funcionamiento diario"(Bowie et al., 2020).

Por tanto, los elementos básicos considerados indispensables en un tratamiento de rehabilitación cognitiva son:

- la facilitación por parte de un/a terapeuta.
- la práctica de ejercicios cognitivos.
- la facilitación de estrategias cognitivas y de resolución de problemas.
- las técnicas o actividades que promuevan la transferencia de habilidades cognitivas al funcionamiento de la vida real.

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN COGNITIVA

a. Esquizofrenia

Eficacia

La rehabilitación cognitiva ha demostrado en diferentes estudios de metanálisis basados en 130 estudios con 8851 participantes, que es capaz de producir sistemáticamente beneficios significativos en la cognición y la funcionalidad en pacientes con esquizofrenia (Cella et al., 2020; McGurk et al., 2007; Revell et al., 2015; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011). En los diferentes estudios, ha obtenido mejoras con tamaños del efecto moderados para la cognición y el funcionamiento, y pequeños para los síntomas tanto psicóticos como afectivos (McGurk et al., 2007; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011; Kambeitz-Ilankovic et al., 2019). La mejora cognitiva obtenida en la cognición global es similar a la obtenida en la mayoría de los dominios cognitivos (Vita et al., 2021). Los efectos del tratamiento sobre la cognición global parecen duraderos en los períodos estudiados, entre seis meses y dos años (Wykes et al., 2011).

Por todo ello, atendiendo a los estudios de eficacia, la aplicación del tratamiento de rehabilitación cognitiva debe ser una recomendación clínica de primera elección en las personas con diagnóstico de esquizofrenia y presencia de alteraciones cognitivas. Es un tratamiento eficaz, con el potencial para ser introducido como un elemento habitual en el tratamiento en lugar de una intervención opcional dirigida a personas seleccionadas.

Elementos y características del tratamiento

La inclusión de un/a terapeuta es un elemento imprescindible. Así, las intervenciones que incluyen un/a terapeuta activo y capa-

citado son más eficaces en la mejora de la cognición y en la funcionalidad que los que no incluían terapeuta capacitado (Lejeune et al., 2021; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011).

Por otro lado, la práctica repetida de ejercicios cognitivos es un requisito necesario, pero no suficiente y debe ser acompañado por el desarrollo de estrategias cognitivas de forma estructurada (McGurk et al., 2007; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011). La transferencia de las mejoras cognitivas a entornos del mundo real es más factible cuando se integra la rehabilitación en un programa de rehabilitación psiquiátrica comprehensivo (McGurk et al., 2007; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011).

La mayor duración del tratamiento se asoció directamente a un mayor cambio en el funcionamiento (Vita et al., 2021). Sin embargo, actualmente no hay información suficiente para definir la duración óptima de un programa para observar un resultado diferencial, aunque los programas eficaces suelen comprender dos o tres sesiones por semana. Un metanálisis encontró que la duración media del tratamiento es de aproximadamente 30 horas (aunque el rango va de 4 a 130 horas) (Wykes et al., 2011). Según estos datos, el tiempo mínimo de entrenamiento para el/la paciente supone unas 20 horas, aunque lo habitual es que incluyan 40 horas o más.

Finalmente, los datos disponibles no permiten establecer la elección de ningún programa o técnica de rehabilitación como superior al resto. Sin embargo, la optimización de la efectividad del tratamiento parece estar mediada por la presencia de los componentes esenciales de la rehabilitación: terapeuta activo/a, práctica de ejercicios, creación de estrategias cognitivas y técnicas de transferencia (Vita et al., 2021).

Características de los y las participantes

La eficacia de la rehabilitación cognitiva no parece estar demasiado influenciada por las características del/la paciente, lo que sugiere que es una opción viable para la mayoría de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia (Cella et al., 2020; Revell et al., 2015; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011).

La edad y la duración del trastorno no parecen influir en los resultados. Los resultados en los metanálisis sugieren que la rehabilitación cognitiva podría ofrecerse a todos los participantes, independientemente de su edad y de los antecedentes de su trastorno (McGurk et al., 2007; Vita et al., 2021; Wykes et al., 2011). Tampoco el nivel educativo, el CI premórbido, o la gravedad de los síntomas, desempeñan un papel activo en los resultados de la rehabilitación (Vita et al., 2021).

Por último, parece que la rehabilitación cognitiva es más eficaz cuando los/as pacientes están clínicamente estables (Wykes et al., 2011). Sin embargo, un reciente metanálisis ha demostrado que el tratamiento de rehabilitación cognitiva es igualmente eficaz cuando se practica con pacientes hospitalizados, que suelen presentar una condición clínica de mayor gravedad (Cella et al., 2020).

b. Primer episodio psicótico

La fase de tratamiento de las personas con PEP abarca los 5 años posteriores al inicio de la psicosis y es una oportunidad única para, a través de las intervenciones adecuadas, influir en la funcionalidad de los y las pacientes a largo plazo (Birchwood et al., 1998; Crumlish et al., 2009; Norman et al., 2018).

Los déficits cognitivos están presentes incluso antes del inicio de los síntomas psicóticos y persisten durante el curso del trastorno

(Addington et al., 2005; Bora & Murray, 2014; Mesholam-Gately et al., 2009). Estos déficits se observan en los dominios del aprendizaje y memoria, las funciones ejecutivas y la atención, así como en la interpretación de la información social (Fett et al., 2011). Se sabe que ambos tipos de déficits contribuyen más al deterioro funcional de los/as pacientes con PEP que cualquier otro tipo de síntoma (Santesteban-Echarri et al., 2017).

La literatura sobre la rehabilitación cognitiva en trastornos psicóticos en fase temprana es menos abundante que la disponible para los trastornos psicóticos crónicos. En el caso de los/as pacientes con PEP, en un estudio de metanálisis sobre rehabilitación cognitiva en psicosis temprana se encontraron efectos positivos, que van de leves a moderados, sobre la cognición y la funcionalidad. Más recientemente, una revisión sistemática (Miley et al., 2020) ha apoyado también la eficacia de la rehabilitación cognitiva para mejorar la cognición en las personas con PEP. Los efectos positivos se mantienen una vez finalizada la intervención, observándose mejoría en el funcionamiento cognitivo global, en el aprendizaje y la memoria verbal, las funciones ejecutivas y la cognición social. A pesar de ello, los autores señalan que la interpretación de los resultados podría estar limitada por el alto grado de heterogeneidad que presentan las intervenciones en rehabilitación cognitiva, tanto en el número de sesiones administradas como en el contenido de las mismas, y por la variedad de instrumentos utilizados para la evaluación cognitiva y funcional.

c. Estado mental de alto riesgo de psicosis

En los últimos años cada vez es más probable que una persona que recibe un diagnóstico de PEP haya sido previamente diagnosticada de EMAR, aspecto que se ha incorporado en la preventión primaria y secundaria de la psicosis en algunos servicios

2.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

de salud pública. Los déficits cognitivos que presentan los/as pacientes EMAR ocupan un lugar intermedio entre los/as pacientes con un diagnóstico de PEP y los controles sanos. Este aspecto hace que pueda resultar igualmente importante intervenir en ese momento con tratamientos de rehabilitación cognitiva que puedan aliviar los déficits cognitivos y mejorar la funcionalidad de las personas con EMAR con las mismas premisas de durabilidad y generalización propuestas para los/as pacientes con PEP y los/as pacientes crónicos/as.

Algunos autores sugieren que los déficits cognitivos pueden ser más susceptibles al tratamiento en las etapas más tempranas del trastorno, teniendo en cuenta el potencial que representa una mayor plasticidad cerebral en esas etapas que en etapas más avanzadas del trastorno (Keshavan & Hogarty, 1999). En consecuencia, el estadio EMAR podría suponer un momento óptimo para aplicar los programas de rehabilitación cognitiva. Afortunadamente, las intervenciones de rehabilitación cognitiva han demostrado ser efectivas tanto en pacientes adolescentes como en adultos jóvenes, en general. Por otro lado, hay cierta evidencia que indica que los cambios en la cognición pueden estar relacionados con una mejoría funcional en los EMAR (Niendam et al., 2007).

Los escasos estudios publicados hasta la fecha sobre rehabilitación cognitiva en EMAR confirman tentativamente la efectividad de la rehabilitación cognitiva en estas fases tempranas. A pesar de los resultados favorables, los autores alertan sobre las diferencias metodológicas entre los estudios, que impiden que se puedan extraer conclusiones definitivas. En concreto, en aras a favorecer poder hacer comparaciones, los seis estudios que se incluyeron en la única revisión sistemática publicada hasta la fecha (Glenthøj et al., 2017) utilizaban programas de entre-

namiento con ordenador destinados a rehabilitar las funciones cognitivas (Bechdolf et al., 2012; Choi et al., 2017; Hooker et al., 2014; Loewy et al., 2016; Piskulic et al., 2015; Rauchensteiner et al., 2011).

Finalmente, cabe señalar que los diferentes trastornos que comportan los trastornos del espectro psicótico, incluso en sus fases más tempranas, pueden afectar críticamente la capacidad de las personas que los presentan de participar y beneficiarse de la rehabilitación cognitiva. Esta circunstancia hace que sea fundamental abordar directamente aspectos motivacionales (p.e., utilizando entrevistas motivacionales, reuniones de refuerzo motivacional, o un enfoque educativo en la rehabilitación cognitiva dirigido a aumentar la motivación intrínseca) al realizar actividades de rehabilitación cognitiva en población de EMAR y PEP. En esta línea cabe señalar el estudio de Bryce et al. (2018) que sugiere que la rehabilitación cognitiva aporta beneficios cualitativos en el sentido que puede ofrecer un entorno de apoyo en el que los y las participantes pueden encontrar y superar retos personales, aprender nuevas habilidades que pueden ser funcionalmente relevantes y experimentar el éxito en equipo. Además, ofertar la rehabilitación cognitiva junto con otras modalidades de tratamiento puede maximizar su efecto sobre el resultado global.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA

- Debe ofrecerse a todos/as los/as pacientes, independientemente de su edad y de los antecedentes de su trastorno. Está especialmente indicado en los casos en que la esquizofrenia lleva asociadas disfunciones cognitivas y problemas de funcionalidad.

2.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

- Debe ser ofrecido en cualquier fase del trastorno, tanto en los/as pacientes con curso crónico como en las fases más tempranas, como PEP y EMAR.
- Aunque todos los/as pacientes pueden beneficiarse del tratamiento, deben priorizarse los/as pacientes que estén motivados/as, porque estos/as participantes parecen presentar un mayor margen de mejora.
- El tratamiento debe incluir necesariamente un/una terapeuta, la práctica de ejercicios cognitivos, la facilitación de estrategias cognitivas, y el uso de técnicas o actividades que promuevan la transferencia a la vida diaria.
- La rehabilitación cognitiva debe ser ofrecida junto con otras modalidades de tratamiento psicológico para maximizar su efecto sobre el resultado global.
- A la hora de escoger un programa de rehabilitación, ningún programa resulta más recomendable que otro. Cualquier programa que incluya los elementos básicos citados en el punto anterior resultará adecuado, con independencia de si se realiza en formato individual o de grupo, con ayuda de programas informáticos o de lápiz y papel.
- Normalmente es preferible realizar la intervención una vez haya remitido la fase psicótica activa. Sin embargo, la intervención también se puede realizar, siempre que resulte posible, durante el ingreso hospitalario y con pacientes graves.

REFERENCIAS

- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2005). The course of cognitive functioning in first episode psychosis: changes over time and impact on outcome. *Schizophr Res*, 78 (1), 35-43.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.05.008>.
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., Brockhaus-Dumke, A., Berning, J., Janssen, B., Decker, P., Bottlender, R., Maurer, K., Moller, H. J., Gaebel, W., Hafner, H., Maier, W., & Klosterkotter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry*, 200 (1), 22-29.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066357>.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172 (33), 53-59.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9764127>.
- Bora, E., & Murray, R. M. (2014). Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? *Schizophr Bull*, 40 (4), 744-755.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt085>.
- Bowie, C. R., Bell, M. D., Fiszdon, J. M., Johannessen, J. K., Lindenmayer, J. P., McGurk, S. R., Medalia, A. A., Penades, R., Saperstein, A. M., Twamley, E. W., Ueland, T., & Wykes, T. (2020). Cognitive remediation for schizophrenia: An expert working group white paper on core techniques. *Schizophr Res*, 215, 49-53.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.047>.

2.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

Bryce S, Warren N, Ponsford J, Rossell S, Lee S. (2018). Understanding the lived experience of cognitive remediation in schizophrenia: A qualitative comparison with an active control. *Psychiatr Rehabil J.*; 41(4):302-311. doi:10.1037/prj0000309.

Cella, M., Price, T., Corboy, H., Onwumere, J., Shergill, S., & Preti, A. (2020). Cognitive remediation for inpatients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 50 (7), 1062-1076. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000872>.

Choi, J., Corcoran, C. M., Fiszdon, J. M., Stevens, M., Javitt, D. C., Deasy, M., Haber, L. C., Dewberry, M. J., & Pearlson, G. D. (2017). Pupilometer-based neurofeedback cognitive training to improve processing speed and social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychiatr Rehabil J*, 40(1), 33-42. <https://doi.org/10.1037/prj0000217>.

Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Gervin, M., McTigue, O., Kinsella, A., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2009). Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*, 194(1), 18-24.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048942>.

Fett, A. K., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 35 (3), 573-588. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>.

Fusar-Poli, P., Deste, G., Smieskova, R., Barlati, S., Yung, A. R., Howes, O., Stieglitz, R. D., Vita, A., McGuire, P., & Borgwardt, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a me-

ta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (6), 562-571.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1592>.

Glenthøj, L. B., Hjorthoj, C., Kristensen, T. D., Davidson, C. A., & Nordentoft, M. (2017). The effect of cognitive remediation in individuals at ultra-high risk for psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr*, 3, 20.
<https://doi.org/10.1038/s41537-017-0021-9>.

Green, M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 77 Suppl 2, 8-11.
<https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>.

Hooker, C. I., Carol, E. E., Eisenstein, T. J., Yin, H., Lincoln, S. H., Tully, L. M., Dodell-Feder, D., Nahum, M., Keshavan, M. S., & Seidman, L. J. (2014). A pilot study of cognitive training in clinical high risk for psychosis: initial evidence of cognitive benefit. *Schizophr Res*, 157 (1-3), 314-316.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.05.034>.

Kambeitz-Ilankovic L, Betz LT, Dominke C, Haas SS, Subramaniam K, Fisher M, Vinogradov S, Koutsouleris N, Kambeitz J. (2019). Multi-outcome meta-analysis (MOMA) of cognitive remediation in schizophrenia: Revisiting the relevance of human coaching and elucidating interplay between multiple outcomes. *Neurosci Biobehav Rev*. 107:828-845.
<https://doi:10.1016/j.neubiorev.2019.09.031>.

Keshavan, M. S., & Hogarty, G. E. (1999). Brain maturational processes and delayed onset in schizophrenia. *Dev Psychopathol*, 11 (3), 525-543. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002199>.

2.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

Lejeune JA, Northrop A, Kurtz MM.(2021). A Meta-analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Efficacy and the Role of Participant and Treatment Factors. *Schizophr Bull.* 8;47(4):997-1006. doi:10.1093/schbul/sbab022.

Loewy, R., Fisher, M., Schlosser, D. A., Biagianti, B., Stuart, B., Mathalon, D. H., & Vinogradov, S. (2016). Intensive auditory cognitive training improves verbal memory in adolescents and young adults at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Bull.*, 42 Suppl 1, S118-126. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw009>.

McGorry, P. D., Nelson, B., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Francey, S. M., Berger, G., Riecher-Rossler, A., Klosterkotter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Nordentoft, M., Hickie, I., McGuire, P., Berk, M., Chen, E. Y., Keshavan, M. S., & Yung, A. R. (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry*, 70 (9), 1206-1212. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04472>.

McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 164 (12), 1791-1802. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060906>.

Medalia, A., & Saperstein, A. (2011). The role of motivation for treatment success. *Schizophr Bull*, 37 Suppl 2, S122-128. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr063>.

Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23 (3), 315-336. <https://doi.org/10.1037/a0014708>.

Miley, K., Hadidi, N., Kaas, M., & Yu, F. (2020). Cognitive training and remediation in first-episode psychosis: A literature review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 26 (6), 542-554.
<https://doi.org/10.1177/1078390319877952>.

Niendam, T. A., Bearden, C. E., Zinberg, J., Johnson, J. K., O'Brien, M., & Cannon, T. D. (2007). The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis. *Schizophr Bull*, 33 (3), 772-781.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm020>

Norman, R. M. G., Anderson, K. K., MacDougall, A., Manchanda, R., Harricharan, R., Subramanian, P., Richard, J., & Northcott, S. (2018). Stability of outcomes after 5 years of treatment in an early intervention programme. *Early Interv Psychiatry*, 12 (4), 720-725. <https://doi.org/10.1111/eip.12450>

Penadés, R., & Gastó, C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*. Editorial Herder.

Piskulic, D., Barbato, M., Liu, L., & Addington, J. (2015). Pilot study of cognitive remediation therapy on cognition in young people at clinical high risk of psychosis. *Psychiatry Res*, 225 (1-2), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.021>

Rauchensteiner, S., Kawohl, W., Ozgurdal, S., Littmann, E., Gudlowski, Y., Witthaus, H., Heinz, A., & Juckel, G. (2011). Test-performance after cognitive training in persons at risk mental state of schizophrenia and patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 185(3), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.003>

Revell, E. R., Neill, J. C., Harte, M., Khan, Z., & Drake, R. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive remedia-

2.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

tion in early schizophrenia. *Schizophr Res*, 168 (1-2), 213-222.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.017>

Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., Gonzalez-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*, 58, 59-75. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007>

Tschentscher N, Woll CFJ, Tafelmaier JC, Kriesche D, Bucher JC, Engel RR, Karch S. (2023). Neurocognitive Deficits in First-Episode and Chronic Psychotic Disorders: A Systematic Review from 2009 to 2022. *Brain Sci.*, 10;13 (2):299.
<https://doi:10.3390/brainsci13020299>.

Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, 78 (8), 848-858.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 168 (5), 472-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>

2.4.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Rafael Penades¹, Rosa Ayesa²

¹Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. CIBERSAM

²Hospital Universitario Marqués de Valdecillas. IDIVAL. CIBERSAM

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es una intervención psicológica que tiene como objetivo el desarrollo o mejora de las relaciones interpersonales, la interacción social y la competencia psicosocial en general. Se basa en técnicas conductuales como el juego de roles, el cual facilita el uso de otras técnicas como el modelado, el moldeado, la práctica repetida, la instrucción directa y la retroalimentación. Posteriormente los programas de EHS se han ido ampliando al añadir algunas otras técnicas de corte más cognitivo como las autoinstrucciones o el cuestionamiento cognitivo. Recientemente, se han diseñado programas de intervención que combinan el EHS con otras intervenciones psicológicas como la rehabilitación cognitiva, entrenamiento en cognición social o la propia TCC. Finalmente, existe una serie de enfoques prácticos que integran el EHS con psicoeducación, ma-

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

nejo de las habilidades básicas de la vida diaria, habilidades de autonomía y autocuidado y prevención de recaídas. Con todo ello, cabe destacar que el EHS fue una de las primeras intervenciones psicológicas que se orientaron desde la perspectiva empírica, y tuvo un papel muy importante en el proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales graves que regresaban a la comunidad.

Aunque el uso del EHS para pacientes con trastornos mentales graves tuvo su desarrollo en la década de 1970, fue en las dos décadas posteriores, 1980 y 1990, donde alcanzó su expansión y diseminación en la mayoría de centros de tratamiento y rehabilitación psicosocial. El EHS en su origen se alineó con la corriente de la llamada “recuperación”, poniendo en primer término su filosofía de autoayuda, empoderamiento y unas perspectivas reales de recuperación en la esquizofrenia (Liberman & Kopelowicz, 2005). Además, el EHS es un denominador común para ayudar a la persona con un trastorno mental grave a convertirse en un participante activo en el control del propio trastorno, superando los obstáculos en el logro de objetivos personales y en la movilización de apoyo social. Un ejemplo de la forma en que el EHS amplía la capacidad del/a paciente para participar como socio en la elaboración del tratamiento sustentado en un proceso de decisiones compartidas es la competencia en el autocontrol de los medicamentos. Cuando los y las pacientes aprenden a usar la medicación por sí mismos de forma fiable, adquieren mayor control de su trastorno, experimentan un mayor sentimiento de responsabilidad y logran una mejor comprensión de su condición.

La justificación para el uso del EHS en personas con trastornos psicóticos o esquizofrenia se basa en diferentes aspectos conceptuales y también empíricos. Desde un punto de vista teórico, las habilidades sociales y la competencia social se consideran facto-

res protectores en el contexto del modelo vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia (Liberman et al., 2005). Además de protección contra el estrés, las habilidades sociales fomentan la resiliencia, los apoyos interpersonales, mejoran el proceso de afiliación y suelen comportar una mejora de la calidad de vida. No es sorprendente que, algunos estudios con amplias muestras de más de 2000 pacientes con esquizofrenia, las personas que tenían mejores habilidades sociales tuvieron un mejor funcionamiento social, una red de apoyo más amplia y mejores niveles subjetivos de satisfacción con la vida (Salokangas et al., 2006).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

La competencia social puede ser entendida como la capacidad para lograr los objetivos personalmente relevantes a través de la interacción social en diferentes contextos: trabajo, escuela, hogar, vecindario, ámbito recreativo, compras y atención al consumidor, atención médica y mental, y servicios sociales o legales. Las habilidades sociales son las conductas que permiten a una persona tener éxito en la vida diaria reflejada en la competencia social.

Las habilidades son el elemento básico de la competencia social y comprenden un amplio abanico de elementos: conductas verbales, no verbales, elementos paralingüísticos, elementos de la percepción social, procesamiento de la información social, toma de decisiones, conocimiento de las expectativas normativas y razonables de las situaciones y reglas sociales, elementos de assertividad, habilidades conversacionales, y diferentes habilidades de regulación emocional. El procedimiento de aprendizaje suele realizarse mediante técnicas como juego de roles, resolución de problemas, ejercicios de práctica en vivo y tareas para casa. Los y

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

las terapeutas son instruidas para modelar apropiadamente estilos y comportamientos de interacción, y a enseñar a los/as clientes/as cómo usar las habilidades de manera efectiva mediante la repetición y el estímulo. En resumen, las habilidades sociales representan la topografía de la interacción social, mientras que la competencia social refleja la obtención de un grado satisfactorio de autoeficacia.

El modelo de competencia social se basa en los principios del aprendizaje social y defiende que las “habilidades” sociales se adquieren mediante el aprendizaje. Por lo tanto, el EHS se apoya en los principios y técnicas de la terapia para enseñar a las personas a ser capaces de comunicar sus deseos, emociones y peticiones de un modo más efectivo de forma que se alcance un modo de vida autónomo e independiente.

3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LA INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES

a. Esquizofrenia

La intervención en EHS se muestra eficaz mejorando la competencia psicosocial de las personas con esquizofrenia, siempre y cuando se lleve a cabo con fidelidad al manual clínico y con la intensidad y la duración adecuadas (Bellack, 2004; Kurtz & Mueser, 2008). Cabe destacar la importancia de los factores motivacionales y la aceptabilidad de la intervención en la respuesta al tratamiento (Mahmood et al., 2021). Además, aquellas personas que se benefician del entrenamiento mejorando las habilidades sociales tienen mayor competencia en sus entornos lo que hace que se valore positivamente y esto sirve para reforzar aún más las habilidades sociales (Benton & Schroeder, 1990; Pilling et al., 2002).

En términos de reducción de síntomas, el EHS se muestra eficaz en la reducción de los síntomas negativos, siendo este el efecto más destacado que se obtiene en los estudios de metaanálisis (Dilk & Bond, 1996; Turner et al., 2018). Además, se muestra ligeramente superior en términos de tamaño del efecto frente a otras intervenciones eficaces como la TCC frente a los síntomas negativos y en la reducción de los síntomas de psicopatología general con efectos de pequeños a medianos (Burlingame et al., 2020; Mc Glanaghy et al., 2021). No se obtienen cambios consistentes sobre los síntomas positivos y un tamaño del efecto pequeño en funcionamiento social (Turner et al., 2018).

Un aspecto importante en esta intervención es la capacidad de generalización y la duración de los efectos positivos que se obtienen tras el entrenamiento. Parece que los efectos positivos que se mantienen mejor son los obtenidos sobre los síntomas negativos que siguen presentes en los seguimientos entre 6 y 12 meses (Turner et al., 2018). El mantenimiento de los efectos sobre otras variables no ha sido todavía bien estudiado.

En resumen, los tamaños del efecto obtenidos en los metaanálisis son satisfactorios. El EHS utilizado como una intervención psicológica grupal, tiene potencial como una alternativa eficaz a las intervenciones individuales que abordan los síntomas negativos y generales en los sistemas de salud pública. Por tanto, el EHS debería ser una intervención de rutina en los centros de tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos psicóticos especialmente indicado cuando existan síntomas negativos y dificultades de competencia social.

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

b. Primeros episodios psicóticos y estado mental de alto riesgo para psicosis

Los estudios sobre intervenciones dirigidas a EHS en pacientes con PEP son escasos. Aun así, los resultados son prometedores, señalando que el EHS se traduce en mejoras significativas en los síntomas negativos, la cognición social, las habilidades para resolver problemas, así como en el funcionamiento global. Esto se traduce en una mejor funcionalidad en la vida real, particularmente en el dominio de las relaciones interpersonales. Además, la incorporación de EHS a la intervención temprana en psicosis podría prolongar los beneficios sintomáticos y funcionales de los programas asistenciales orientados a PEP cuando finaliza el tratamiento especializado intensivo (Hyatt et al., 2022; Penn et al., 2005). En particular, la combinación de elementos de la TCC, para abordar los pensamientos que en muchas ocasiones interfieren con un buen desempeño en el mundo real, y el EHS, para conseguir nuevas habilidades que refuerzen este desempeño, y que dan lugar a la llamada *Cognitive-Behavioural Social Skills Training* (CBSST) resultan un tratamiento muy conveniente y efectivo (Herman et al., 2018). Los beneficios se ven trasladados a actividades de la vida diaria como la higiene personal, el autocuidado en salud, y en las competencias y funciones sociales y ocupacionales. El EHS es por tanto muy conveniente para complementar el tratamiento farmacológico en los PEP y mejorar el resultado funcional en estos sujetos.

Por otra parte, las personas con EMAR de psicosis también presentan déficits en el funcionamiento social que les diferencian significativamente de aquellas sin riesgo (Allswede et al., 2020; Cornblatt et al., 2012; Velthorst et al., 2019). La suma de la sintomatología negativa y el déficit en funcionamiento social podrían estar implicada en la experiencia del aislamiento social y

la interrupción de los objetivos educativos y vocacionales que se observan en los EMAR (Lim et al., 2022). En esos casos el EHS, sumado a la CBSST, también puede suponer una reducción en la transición a psicosis (Addington et al., 2021).

Por tanto, todo parece indicar que las intervenciones multicomponente que incorpora el EHS en los tratamientos para PEP e incluso en EMAR da lugar a una mejor adaptación social y a una mejoría sustancial en la funcionalidad y en la calidad de vida de los y las pacientes.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

- El EHS debe estar disponible para su aplicación en cualquier dispositivo asistencial para personas con trastorno psicótico y esquizofrenia.
- El EHS debería ofrecerse a todos los pacientes con dificultades de competencia social y presencia de síntomas negativos.
- El EHS resulta especialmente adecuado para los enfoques basados en la inserción social, vocacional y laboral.
- El EHS debe llevarse a cabo con fidelidad al manual de tratamiento y respetando la intensidad y la duración del entrenamiento que sean adecuadas.

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

REFERENCIAS

- Addington, J., Liu, L., Santesteban-Echarri, O., Brummitt, K., Braun, A., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., Holden, J. L., & Granholm, E. (2021). Cognitive behavioural social skills training: Methods of a randomized controlled trial for youth at risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 15(6), 1626-1636.
<https://doi.org/10.1111/eip.13102>
- Allsweide, D. M., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., Mathalon, D. H., McGlashan, T., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., & Cannon, T. D. (2020). Characterizing Covariant Trajectories of Individuals at Clinical High Risk for Psychosis Across Symptomatic and Functional Domains. *Am J Psychiatry*, 177(2), 164-171.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18111290>
- Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 27(4), 375-391.
<https://doi.org/10.2975/27.2004.375.391>
- Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*, 58(6), 741-747. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.6.741>
- Burlingame GM, Svien H, Hoppe L, Hunt I, Rosendahl J. Group therapy for schizophrenia: a meta-analysis. *Psychother (Chic)*. 2020;57:219–36.
- Cornblatt, B. A., Carrion, R. E., Addington, J., Seidman, L., Walker, E. F., Cannon, T. D., Cadenhead, K. S., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Tsuang, M. T., Woods, S. W., Heinssen, R., & Lenz, T. (2012). Risk factors for psychosis: impaired social and role

-
- functioning. *Schizophr Bull*, 38(6), 1247-1257.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr136>
- Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1337-1346.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1337>
- Herman, Y., Shireen, H., Bromley, S., Yiu, N., & Granholm, E. (2018). Cognitive-behavioural social skills training for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Interv Psychiatry*, 12(5), 863-868. <https://doi.org/10.1111/eip.12379>
- Hyatt, A. S., Hasler, V., & Wilner, E. K. (2022). What happens after early intervention in first-episode psychosis? Limitations of existing service models and an agenda for the future. *Curr Opin Psychiatry*, 35(3), 165-170.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000785>
- Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*, 76(3), 491-504.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.491>
- Liberman, R., Kopelowicz, A., & SM, S. (2005). Psychiatric rehabilitation. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams&Wilkins.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv*, 56(6), 735-742.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Lim, K., Rapisarda, A., Keefe, R. S. E., & Lee, J. (2022). Social skills, negative symptoms and real-world functioning in individuals at ultra-high risk of psychosis. *Asian J Psychiatr*, 69, 102996. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102996>

Mahmood, Z et al (2020). Reducing negative symptoms in schizophrenia: Feasibility and acceptability of a combined cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training intervention. *Psychiatry Res.* 2021 Jan;295:113620.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113620>

Mc Glanaghy E, Turner D, Davis GA, Sharpe H, Dougall N, Morris P, et al. A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophr Res.* 2021;228:447–59.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.036>

Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry*, 162(12), 2220–2232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2220>

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med*, 32(5), 783–791.
<https://doi.org/10.1017/s0033291702005640>

Salokangas, R. K., Honkonen, T., Stengard, E., & Koivisto, A. M. (2006). Subjective life satisfaction and living situations of persons in Finland with long-term schizophrenia. *Psy-*

chiatr Serv, 57(3), 373-381.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.373>

Turner, D.T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull*, 44(3), 475-491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>

Velthorst, E., Meyer, E. C., Giuliano, A. J., Addington, J., Cadenehead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., Bearden, C. E., & Seidman, L. J. (2019). Neurocognitive profiles in the prodrome to psychosis in NAPLS-1. *Schizophr Res*, 204, 311-319. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.038>

2.5.

TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Guillermo Lahera Forteza¹⁻³, Alicia Ruiz Toca⁴, Sandra Reboreda Armoedo⁵

¹Profesor Titular de Psiquiatría en la Universidad de Alcalá; ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid;

³Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERSAM); ⁴Hospital de Laredo, Cantabria; ⁵Complejo Universitario de Ferrol, A Coruña.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL

La cognición social (CS) se define como el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y supone la capacidad para representar estados mentales (intenciones, expectativas, creencias, deseos, emociones) de otras personas y de uno mismo a partir del comportamiento observado (Brothers, 1990; Green et al., 2008). Hace referencia a cómo los individuos piensan sobre sí mismos, los demás, las situaciones e interacciones sociales (Penn et al., 1997, 2008). Su estudio ha permitido comprender mejor el funcionamiento social y el desarrollo de roles relacionados con comportamientos sociales complejos, como la capacidad de iniciar y mantener relaciones sociales a lo largo del tiempo, en la familia o en la comunidad a la cual pertenece, o de mantener una actividad laboral de forma estable (Couture et al., 2006).

Las cinco dimensiones de la cognición social definidas por el National Institute of Mental Health (NIMH) son:

- Procesamiento emocional: incluye la percepción, decodificación, identificación, comprensión y manejo de las emociones propias y ajenas (Barrett & Salovey, 2002), así como el reconocimiento de emociones, un subdominio referido a la capacidad de identificar las emociones propias y ajenas, en la mayoría de los casos, a través de las expresiones faciales (Savla et al., 2013).
- Teoría de la mente: la capacidad de atribuir estados mentales (pensamientos, conocimientos, creencias, emociones e intenciones) tanto a los demás como a nosotros mismos a partir de la conducta observada (Premack & Woodruff, 1978). Un concepto estrechamente relacionado es el de mentalización (Fonagy et al., 1991), que tiene en cuenta los aspectos emocionales y cognitivos y que hace hincapié en los procesos explícitos del pensamiento sobre los estados mentales de uno/a mismo/a y del otro para comprender nuestra experiencia.
- Estilo atribucional: se refiere a los modos a través de los cuales las personas construyen hipótesis causales sobre los eventos a partir de la información de la que disponen, con el objetivo de comprender el mundo social (Green et al., 2008).
- Percepción social: la habilidad para comprender las características clave de las situaciones e interacciones sociales a partir del procesamiento de señales verbales, no verbales y paraverbales (Penn et al., 2002; Sergi & Green, 2003).
- Conocimiento social: la comprensión de los roles, las normas y los objetivos que se requieren en las situaciones sociales y orientan las interrelaciones sociales (Corrigan et al., 1992; Green et al., 2008).

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

En las últimas décadas, muchos trabajos han encontrado de forma consistente que los pacientes con esquizofrenia tienen un déficit en la expresión emocional, el reconocimiento y discriminación de las emociones faciales y la prosodia (Gabay et al., 2015; Savla et al., 2013), sobre todo en las emociones de miedo o enfado (Mandal et al., 1998; Mandal et al., 2023). Una gran mayoría de los/as pacientes con esquizofrenia presentan este tipo de déficits (Green et al., 2015), presentando dificultades para integrar toda la información emocional necesaria para extraer un significado relevante de la interacción (Chambon et al., 2006). Por esta razón, la alteración de la CS se considera una característica central del trastorno y está estrechamente relacionada con la alteración del funcionamiento diario de estos/as pacientes (Mancuso et al., 2011). La CS se asocia de forma robusta con la calidad de vida (Maat et al., 2012) y el funcionamiento social (Fett et al., 2011; Halverson et al., 2019) en la esquizofrenia. Por ejemplo, algunos estudios muestran que la teoría de la mente (ToM, por sus siglas en inglés) puede ser un predictor incluso más fuerte que la neurocognición de la competencia social en esta patología (Brüne, 2005; Thibaudeau et al., 2021). Además, la CS puede actuar como mediador entre la neurocognición y el funcionamiento social (Halverson et al., 2019; Schmidt et al., 2011). Dadas las relaciones entre un funcionamiento social reducido y un mayor estigma, el papel de la CS como mediador es un objetivo terapéutico atractivo para mejorar el funcionamiento y reducir el estigma y el aislamiento social que experimentan con frecuencia las personas con esquizofrenia (Hill & Startup, 2013).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

En el estudio de la CS -y de la eficacia de las intervenciones focalizadas en ella- se han utilizado diferentes instrumentos que se han destacado en este apartado.

En cuanto al procesamiento emocional caben destacar los siguientes instrumentos: Emotion Recognition Task -ER40- (Gur et al., 2002), Face Emotion Identification Task -FEIT-, (Kerr & Neale, 1993), Face Emotion Discrimination Task -FEDT-, (Kerr & Neale, 1993), Test de Caras o Faces Test (Baron-Cohen et al., 1997; Huerta-Ramos et al., 2021), Pictures of Facial Affect test -POFA- (Ekman & Friesen, 1976), Voice Emotion Identification Test (Kerr & Neale 1993), Bell Lysaker Emotion Recognition Task -BLERT- (Bell et al., 1997), Video Affect Perception Test -VAPT- (Bellack et al., 1996).

Respecto a la ToM existen diferentes instrumentos que se han destacado como relevantes. Estos son: Falsa creencia de primer orden –Tarea de Shally & Ann- (Baron-Cohen et al., 1985), Falsa creencia de segundo orden – El carrito de los helados- (Perner & Wimmer, 1985), Faux Pas Recognition Test (Baron-Cohen et al., 1999), Happe's Strange Stories (Happe's, 1994), Reading the Mind in the Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001), Movie for the Assessment of Social Cognition –MASC- (Dziobek, 2006), Awareness of Social Inference Test (McDonald et al., 2003) y The Hinting Task (Corcoran et al., 1995; Greig et al., 2004), Test de Metáfora y Sarcasmo (Adachi et al., 2004), entre otras.

Para la evaluación del estilo atribucional existe menor número de instrumentos disponibles. Entre ellos, cabe destacar el Attributional Style Questionnaire– ASQ- (Peterson et al., 1982), Internal Personal Situational Attributions Questionnaire –IPSAQ- (Kinderman & Bentall, 1996), Cuestionario de Intenciones Ambiguas y Hostilidad (Combs et al., 2007), y Tarea de Apreciación de la Broma (Corcoran et al., 1997).

Finalmente, para evaluar la percepción social se utilizan los siguientes instrumentos de evaluación: Videotape Social Cues Recognition Test (Corrigan & Green, 1993), Schema Component

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Sequencing Task Revised (Corrigan & Addis, 1995), Profile of Non-verbal Sensitivity (Rosenthal et al., 1979), Situational Features Recognition Test (Corrigan et al., 1996).

3. EVIDENCIA DE LAS TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

a. Esquizofrenia

En los últimos años ha existido un gran interés en el desarrollo de programas de entrenamiento en CS para personas con esquizofrenia (Grant et al., 2017; Tan et al., 2016). Varias revisiones y metanálisis han mostrado resultados positivos sobre su eficacia, tanto en la mejoría de los déficits cognitivos sociales como funcionales (Kurtz et al., 2016; Kurtz & Richardson, 2012; Statucka & Walder, 2013; Tan et al., 2016). El efecto general del entrenamiento de la CS fue de moderado a grande en el reconocimiento de emociones ($d = 0,71$; Kurtz & Richardson, 2012) y moderado en la ToM ($g = 0,53$; D'Arma et al., 2021). En un metanálisis reciente (Nijman et al., 2020), que incluyó 46 estudios aleatorizados y 1979 pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se mostró que, en comparación con el tratamiento habitual, el entrenamiento en CS produce una mejoría en el reconocimiento emocional, tanto en su modalidad focalizada ($d = 0,68$) como amplia ($d = 0,46$). Las intervenciones amplias en CS mejoraron la ToM ($d = 0,42$) y el funcionamiento ($d = 0,82$), con efectos del tamaño medios. En el metaanálisis de Yeo et al. (2022) también sugieren que el entrenamiento en CS aporta beneficios en el reconocimiento emocional, estilo atribucional y percepción social, pero no aporta evidencias de mejora en síntomas o funcionamiento social.

A continuación, se exponen las intervenciones dirigidas a la promoción de la cognición social de las personas con esquizofrenia

y otros trastornos psicóticos que han mostrado mayor eficacia:

a. Focalizadas: se centran en una dimensión específica de la CS

- Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (TAR por sus siglas en inglés; Frommann et al., 2003): enseña estrategias de compensación utilizando principios de aprendizaje sin errores, refuerzo positivo, abstracción de rasgos, autoinstrucción y, lo más importante, verbalización de los rasgos característicos del afecto facial. En varios ensayos controlados, el grupo TAR demostró mejoras significativas en el reconocimiento de los afectos faciales, con evidencia preliminar de efectos duraderos durante al menos ocho semanas después del final del tratamiento (Wölwer et al., 2005; Luckhaus et al., 2013; Drusch et al., 2014). Además, el TAR también se asoció con una mejora en el funcionamiento social, algunos aspectos del funcionamiento cognitivo y una reducción de los síntomas negativos (Sachs et al., 2012; Wölwer & Frommann 2011).
- Attentional Shaping (AS por sus siglas en inglés; Combs et al., 2008): es un programa de reconocimiento de afectos faciales simple y breve. Incluso una sola sesión se mostró efectiva para mejorar las puntuaciones en los tests sobre procesamiento emocional FEIT (Face Emotion Identification Test) y BLERT (Bell-Lysaker Emotion Recognition Test), en comparación con el refuerzo monetario y la práctica repetida (Combs et al., 2008). Una versión mejorada adicional encontró que cinco sesiones de AS condujeron a una exploración más eficiente del afecto facial (Combs et al., 2011).
- Herramienta de Entrenamiento de Microexpresiones (METT, Marsh et al., 2010): dirige a los participantes a los rasgos faciales relevantes de las expresiones emocionales comúnmente confusas y explica las distinciones importantes entre ellos. Luego eti-

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

queta verbalmente cada expresión y repite si las respuestas son incorrectas (Russell et al., 2008). Los estudios iniciales encontraron una eficacia para reconocer el afecto facial de las imágenes entrenadas, así como de nuevas (Marsh et al., 2010; Russell et al., 2006). Otro estudio informó cambios en la atención foveal que se correlacionaron con un mejor reconocimiento de la sorpresa, el disgusto, el miedo y la felicidad (Marsh et al., 2013).

- Entrenamiento de imitación (Mazza et al., 2010; Pino et al., 2015) basados en la observación e imitación de la expresión facial de las emociones y el despliegue de situaciones sociales.

b. Amplias: actúan sobre distintas dimensiones de la cognición social

- Entrenamiento en cognición social e interacción (SCIT, Penn et al., 2007; Roberts et al., 2016): es un tratamiento grupal basado en un manual de 24 sesiones, que incluye elementos de terapia cognitiva conductual y entrenamiento de habilidades sociales. Fue diseñado para pacientes con trastornos del espectro de la psicosis para mejorar su funcionamiento social mediante la mejora de la cognición social. Varios estudios han demostrado que mejora el reconocimiento de emociones, la ToM y el funcionamiento social (Hasson-Ohayon et al., 2014; Parker et al., 2013; Roberts et al., 2012, 2014; Wang et al., 2013). Si bien algunos estudios de SCIT tienen poca potencia y aún no hay un metanálisis disponible, los tamaños del efecto sugieren una ventaja pequeña pero significativa para SCIT sobre el tratamiento habitual en pacientes con esquizofrenia (p. ej., $D = 0,27$; Roberts et al., 2014).
- Entrenamiento en Habilidades Cognitivas Sociales (SCST; Horan 2009): utilizando materiales del TAR y del SCIT, se centra inicialmente en el reconocimiento de emociones y progresivamente en la ToM y el funcionamiento social.

hacia la percepción de señales sociales y la apreciación del contexto social. Unas 12 sesiones de SCST produjeron una mejora en la percepción del afecto facial, en comparación con un control activo (Horan et al., 2009). Posteriormente se investigaron 24 sesiones ampliadas de SCST frente a la rehabilitación neurocognitiva, un programa psicoeducativo y un híbrido de SCST y rehabilitación neurocognitiva. Los participantes en SCST mostraron mejoras significativas en la percepción del afecto facial y el manejo emocional (Horan et al., 2011).

- Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS; Gil et al. 2012): es uno de los primeros programas desarrollados en español y demostró ser eficaz frente a rehabilitación cognitiva en la mejora de algunas áreas de la teoría de la mente y el reconocimiento de emociones en pacientes ambulatorios con esquizofrenia.
- E-Motional Training (Maroño-Souto et al, 2018): es un programa de autoformación online de 12 sesiones. Está diseñado para ofrecer ejercicios realistas y naturales pero atractivos, ofreciendo una retroalimentación continua. Un cortometraje animado con 33 escenas es el vehículo para las historias de ToM, estilo atribucional y percepción social. Se realizó un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, simple ciego, con 60 pacientes ambulatorios estables con esquizofrenia, frente a tratamiento habitual. Se obtuvieron mejoras significativas en el grupo de intervención en el reconocimiento de emociones y la mayoría de las variables ToM en comparación con el grupo de control.
- Entrenamiento para la mejora de la cognición social (SCET, Choi & Kwon, 2006): utiliza tiras de dibujos animados para mejorar la evaluación del contexto y la toma de perspectiva, con una mejora en el procesamiento contextual.

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

- Entrenamiento Metacognitivo (Moritz et al. 2013) que se describe en el siguiente apartado.
- c. Globales: en el contexto de una intervención psicosocial global
- Terapia Psicológica Integrada (IPT, Roder et al., 2006): fue una de las primeras intervenciones que combinó el entrenamiento en habilidades neurocognitivas, cognitivas sociales y sociales. El tratamiento grupal manualizado consta de cinco subprogramas y se basa en el supuesto de que los déficits neurocognitivos básicos tienen un efecto generalizado en los niveles más altos de organización del comportamiento, incluidas las habilidades sociales y el funcionamiento social. Aborda la mejora de la atención, la memoria verbal y la formación de conceptos a través del aprendizaje de estrategias (Roder et al., 2011), los déficits de CS y, finalmente, las habilidades interpersonales. Los estudios con IPT mostraron que el subprograma de percepción social solo, o una versión condensada de IPT, podría conducir a una mejora en la percepción social y el funcionamiento social (Fuentes et al., 2007; Zimmer et al., 2007). Los autores desarrollaron posteriormente la Terapia Neurocognitiva Integrada (INT), que tiene como objetivo mejorar los once dominios neurocognitivos y sociocognitivos definidos por el grupo de trabajo de Investigación de Medición y Tratamiento para Mejorar la Cognición en la Esquizofrenia (MATRICS). Un ensayo mostró que los pacientes con INT tuvieron mejoras significativas en varias medidas neurocognitivas y sociales, así como una mejora en las puntuaciones de la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) (Mueller et al., 2015).
 - La Terapia de Mejora Cognitiva (CET: Hogarty & Flesher, 1999): también parte de la hipótesis de que los déficits neurocognitivos en atención selectiva, inhibición, memoria de trabajo y resolución

de problemas impactan decisivamente en las dificultades para codificar, recordar, interpretar y responder a señales sociales. La intervención combina aproximadamente 75 h de entrenamiento progresivo de software con 1,5 h por semana de ejercicios grupales cognitivos sociales durante 56 sesiones (Hogarty et al., 2004). Un CET condensado de un año para pacientes con esquizofrenia de curso temprano produjo mejoras significativas similares en la CS y el ajuste social, y la mejoría se mantuvo un año después del tratamiento (Eack et al., 2010; Lewandowski et al., 2011).

- La Rehabilitación Cognitiva para Psicosis y Esquizofrenia (RehaCoP; Ojeda et al., 2012): este programa de rehabilitación neuropsicológica integrada diseñado específicamente para pacientes en España, incluye un módulo específico de rehabilitación para los déficits de cognición social que ha demostrado eficacia en diferentes poblaciones de la psicosis, tanto en PEP como en esquizofrenia crónica y refractaria. Los estudios de eficacia en diferentes muestras clínicas son múltiples y muestran mejoras en la ToM, percepción emocional y atribución causal. Las ganancias se obtuvieron tras 3 meses de intervención y se asociaron con mejoras en síntomas negativos y autonomía funcional (Peña et al., 2016; Gómez-Gastiasoro et al., 2019).

b. Primer episodio psicótico

Las personas con PEP presentan alteraciones en la cognición social (Healey et al., 2016). Las intervenciones dirigidas a la promoción de la CS de las personas con PEP que han mostrado mayor eficacia son amplias: actúan sobre distintas dimensiones de la CS.

Entre ellas el Entrenamiento en CS e interacción (SCIT): mostró eficacia en la mejoría de reconocimiento emocional, funcionalidad y sesgos atribucionales (Bartholomeusz et al., 2013; Rocha et

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

al., 2021). Por otro lado, el Entrenamiento Metacognitivo (EMC) que también trabaja sobre algunos aspectos de la CS mostró eficacia frente a psicoeducación en la mejoría de teoría de la mente (Ochoa et al., 2017). Además, como se ha mencionado anteriormente el programa Rehacop consta de un módulo de CS y ha resultado eficaz también en personas con PEP (Ojeda et al., 2012).

c. EMARs

En cuanto a la aplicación del Entrenamiento en CS en EMARs no existe evidencia científica. Sin embargo, podría ser esperable que fuera de utilidad dado que los déficits en CS ya están presentes previamente al inicio de la psicosis (Van Donkersgoed, et al., 2015; Thompson et al., 2011).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LAS TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

- Los y las candidatas más idóneas para las terapias dirigidas a las alteraciones de la CS son pacientes jóvenes del espectro psicótico, en fase estable y con tendencia al paranoidismo.
- Estas terapias ofrecen factores terapéuticos específicos de la CS, que se conectan con aquellos factores propios de la interacción grupal. De esta forma, la propia terapia es el laboratorio ideal para que el/la paciente entrene sus capacidades sociales.
- La efectividad de estas terapias suele afectar a todas las dimensiones de la CS, aunque inicialmente estén focalizadas a una de ellas (p.ej. al reconocimiento emocional).
- Estas terapias tienen un importante componente lúdico, que suele resultar motivador y asociado a alta adherencia. Por ello,

se recomienda favorecer este estilo, con baja exigencia en los ejercicios y la demanda de tareas para casa.

REFERENCIAS

- Adachi, T., Koeda, T., Hirabayashi, S., Maeoka, Y., Shiota, M., Wright, E. C., et al (2004). The metaphor and sarcasm scenario test: A new instrument to help differentiate high functioning pervasive developmental disorder from attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain and development*, 26(5), 301-306. doi.org/10.1016/S0387-7604(03)00170-0
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory a theory of mind?. *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S y Jolliffe T. (1997) Is There a “Language of the Eyes”? Evidence from Normal Adults, and Adults with Autism or Asperger Syndrome, *Visual Cognition*, 4:3, 311-331, doi: 10.1080/713756761
- Baron-Cohen, S., O'riordan, M., Stone, V., Jones, R., y Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(5), 407-418. doi.org/10.1023/A:1023035012436
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., y Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(2), 241-251. doi.org/10.1017/S0021963001006643

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

- Barrett, L. F. y Salovey, P. (Eds.). (2002). *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. New York, USA: Guilford Press.
- Bartholomeusz, C. F., Allott, K., Killackey, E., Liu, P., Wood, S. J., & Thompson, A. (2013). Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first-episode psychosis: A feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 421–426.
doi.org/10.1111/eip.12036
- Bell, M., Bryson, G., y Lysaker, P. (1997). Positive and negative affect recognition in schizophrenia: a comparison with substance abuse and normal control subjects. *Psychiatry research*, 73(1-2), 73-82.
[doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)00111-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00111-X)
- Bellack, A.S., Blanchard, J.J., y Mueser, K.T., (1996). Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 22(3), 535 – 544. doi.org/10.1093/schbul/22.3.535
- Brothers, L. (1990). The neural basis of primate social communication. *Motivation and Emotion*, 14(2), 81–91.
- Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21–42.
doi.org/10.1093/schbul/sbi002
- Chambon, V., Baudouin, J.Y., y Franck, N. (2006). The role of configural information in facial emotion recognition in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 44(12), 2437-2444.
doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.04.008

Choi, K.-H., & Kwon, J.-H. (2006). social cognition enhancement training for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 177–187. doi.org/10.1007/s10597-005-9023-6

Combs DR, Chapman D, Waguspak J, Basso MR, Penn DL (2011). Attention shaping as a means to improve emotion perception deficits in outpatients with schizophrenia and impaired controls. *Schizophr Res.* Apr;127(1-3):151-6.
doi:10.1016/j.schres.2010.05.011.

Combs DR, Tosheva A, Penn DL, Basso MR, Wanner JL, Laib K. (2008) Attentional-shaping as a means to improve emotion perception deficits in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008 Oct;105(1-3):68-77.
doi:10.1016/j.schres.2008.05.018.

Combs, D.R., Penn, D.L., Wicher, M., y Waldheter, E., (2007). The ambiguous intentions hostility questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cogn. Neuropsychiatry*, 12(2), 128–143.
doi.org/10.1080/13546800600787854

Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of “mentalizing” ability. *Schizophrenia Research*, 24(3), 319–327.
doi.org/10.1016/s0920-9964(96)00117-x

Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5–13.
doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Corrigan, P.W. y Addis, I. B. (1995). The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16(2), 137–44.
doi.org/10.1016/0920-9964(94)00072-G

Corrigan, P.W. y Green, M. F. (1993). Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction. *The American Journal of Psychiatry*. 150(4), 589–594.
doi.org/10.1176/ajp.150.4.589

Corrigan, P.W., Garman, A., y Nelson, D. (1996). Situational feature recognition in schizophrenic outpatients. *Psychiatry research*, 62(3), 251-257.
doi.org/10.1016/0165-1781(96)02798-9

Corrigan, P.W., Wallace, C. J., y Green, M. F. (1992). Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(2), 129-135. doi.org/10.1016/0920-9964(92)90029-5

D.L. Roberts, D.L. Penn, D.R. Combs (2016). Social Cognition and InteractionTraining (SCIT): group psychotherapy for schizophrenia and other psychotic disorders Clinician Guide. Oxford University Press.

D'Arma A, Isernia S, Di Tella S, Rovaris M, Valle A, Baglio F, Marchetti A. (2021) Social Cognition Training for Enhancing Affective and Cognitive Theory of Mind in schizophrenia: A Systematic review and a meta-analysis. *J Psychol*;155(1):26-58.
doi: 10.1080/00223980.2020.1818671.

Drusch, K., Stroth, S., Kamp, D., Frommann, N., & Wölwer, W. (2014). Effects of Training of Affect Recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159(2–3), 485–490.
doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.003

Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., et al. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(5), 623–36.

doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0

Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. (2010) One-year durability of the effects of cognitive enhancement therapy on functional outcome in early schizophrenia. *Schizophr Res.* Jul;120(1-3):210-6. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.042

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1976). Measuring facial movement. *Environmental Psychology & Nonverbal Behavior*, 1(1), 56–75.

Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, Conus P, Bonsack C. (2014) Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *Eur Psychiatry*. Jun;29(5):275-81.
doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.003.

Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.G., Penn, D. L., van Os, J., y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.
doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., y Higgit, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–18. doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Frommann, N., Streit, M., & Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: A new training program. *Psychiatry Research*, 117(3), 281–284. doi.org/10.1016/s0165-1781(03)00039-8

Fuentes, I., García, S., Ruiz J.C., Soler, M.J. y Roder, V. (2007). Social perception training in schizophrenia: a pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 1-12.

Gabay, A. S., Kempton, M. J. y Mehta, M. A. (2015). Facial affect processing deficits in schizophrenia: a meta-analysis of antipsychotic treatment effects. *Journal of Psychopharmacology*, 29(2), 224-229. doi.org/10.1177/0269881114560184

Gaweda, Ł., Moritz, S., & Kokoszka, A. (2009). The metacognitive training for schizophrenia patients: Description of method and experiences from clinical practice. *Psychiatria Polska*, 43(6), 683–692.

Gil Sanz, D., Diego Lorenzo, M., Bengochea Seco, R., Arrieta Rodríguez, M., Lastra Martínez, I., Sánchez Calleja, R., Howard, V. N. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: A pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 184–191.
doi.org/10.1017/s1138741600001591

Gómez-Gastiasoro A, Peña J, Ibarretxe-Bilbao N, Lucas-Jiménez O, Díez-Cirarda M, Rilo O, Montoya-Murillo G, Zubiaurre-Elorza L, Ojeda N. A Neuropsychological Rehabilitation Program for Cognitive Impairment in Psychiatric and Neurological Conditions: A Review That Supports Its Efficacy. *Behav Neurol*. 2019 Oct 21;2019:4647134.
doi: 10.1155/2019/4647134.

Grant, N., Lawrence, M., Preti, A., Wykes, T., y Cella, M. (2017). Social cognition interventions for people with schizophrenia: a systematic review focussing on methodological quality and intervention modality. *Clinical psychology review*, 56, 55-64. doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.001

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620–631. doi.org/10.1038/nrn4005

Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220. doi.org/10.1093/schbul/sbm145

Greig, T. C., Bryson, G. J. y Bell, M. D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(1), 12-18. doi.org/10.1097/01.nmd.0000105995.67947.fc

Gur RC, Sara R, Hagendoorn M, Marom O, Hughett P, Macy L, Turner T, Bajcsy R, Posner A, Gur RE. (2002) A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies. *J Neurosci Methods*. Apr 15;115(2):137-43. doi: 10.1016/s0165-0270(02)00006-7. PMID: 11992665.

Halverson, T. F., Orleans-Pobee, M., Merritt, C., Sheeran, P., Fett, A. K., y Penn, D. L. (2019). Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 212-219. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.07.020

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Happé's, F. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129–154. doi.org/10.1007/BF02172093

Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Avidan M, Roberts DL, Roe D. (2014) Social cognition and interaction training: preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. *Psychiatr Serv*. Apr 1;65(4):555-8.
doi:10.1176/appi.ps.201300146.

Healey KM, Bartholomeusz CF, Penn DL. Deficits in social cognition in first episode psychosis: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2016 Dec;50:108-137.
doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.001.

Hill K, Startup M. (2013) The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Res*. Apr 30;206(2-3):151-7.
doi:10.1016/j.psychres.2012.09.056.

Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, Kechavan M, Cooley S, DiBarry AL, Garrett A, Parepally H, Zoretich R. (2004) Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. Sep;61(9):866-76.
doi: 10.1001/archpsyc.61.9.866.

Hogarty GE, Flesher S. (1999) Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999;25(4):677-92.
doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033410.

-
- Horan, W. P., Kern, R. S., Green, M. F., & Penn, D. L. (2008). Social cognition training for individuals with schizophrenia: Emerging evidence. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(3), 205–252.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 47–54.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.09.006>
- Horan, W. P., Kern, R. S., Tripp, C., Hellemann, G., Wynn, J. K., Bell, M., Marder, S. R., & Green, M. F. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1113–1122.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.015>
- Huerta-Ramos E, Ferrer-Quintero M, Gómez-Benito J, González-Higuera F, Cuadras D, Del Rey-Mejías AL, Usall J, Ochoa S. Translation and validation of Baron Cohen's face test in a general population from Spain. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021 May;49(3):106-113.
- Kerr SL, Neale JM. (1993) Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Abnorm Psychol*. May;102(2):312-8.
<https://doi: 10.1037//0021-843x.102.2.312>.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual differences*, 20(2), 261-264. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00186-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00186-7)
- Kowalski J., Pankowski D., Lew-Starowicz M. & Gaweda L. (2017) Do specific metacognitive training modules lead to specific

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

cognitive changes among patients diagnosed with schizophrenia? A single module effectiveness pilot study, *Psychosis*, 9:3, 254-259, doi:10.1080/17522439.2017.1300186

Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092–1104. doi.org/10.1093/schbul/sbr036

Kurtz, M. M., Gagen, E., Rocha, N. B. F., Machado, S., & Penn, D. L. (2016). Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 43, 80–89. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.003

Lewandowski KE, Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Keshavan MS. (2011) Is cognitive enhancement therapy equally effective for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder? *Schizophr Res.* Feb;125(2-3):291-4.
doi:10.1016/j.schres.2010.11.017.

Luckhaus, C., Frommann, N., Stroth, S., Brinkmeyer, J., & Wölwer, W. (2013). Training of affect recognition in schizophrenia patients with violent offences: Behavioral treatment effects and electrophysiological correlates. *Social Neuroscience*, 8(5), 505–514. doi.org/10.1080/17470919.2013.820667

Maat A, Fett AK, Derkx E; GROUP Investigators. (2012) Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* May;137(1-3):212-8. doi:10.1016/j.schres.2012.02.017.

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., y Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical

correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 143-151.
doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007

Mandal, M. K., Pandey, R., y Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophrenia bulletin*, 24(3), 399-412.
doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033335

Mandal MK, Habel U, Gur RC. Facial expression-based indicators of schizophrenia: Evidence from recent research. *Schizophr Res.* 2023 Feb;252:335-344. doi:10.1016/j.schres.2023.01.016.

Maroño Souto Y, Vázquez Campo M, Díaz Llenderrozas F, Rodríguez Álvarez M, Mateos R, García Caballero A. (2018) Randomized clinical trial with e-MotionalTraining® 1.0 for social cognition rehabilitation in schizophrenia. *Front Psychiatry*. Feb 26;9:40. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00040.

Marsh, P. J., Green, M. J., Russell, T. A., McGuire, J., Harris, A., & Coltheart, M. (2010). Remediation of facial emotion recognition in schizophrenia: Functional predictors, generalizability, and durability. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 143–170.

Marsh, P., Langdon, R., McGuire, J., Harris, A., Polito, V., & Coltheart, M. (2013). An open clinical trial assessing a novel training program for social cognitive impairment in schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 21(2), 122–126.
doi.org/10.1177/1039856213475683

Mazza, M., Lucci, G., Pacitti, F., Pino, M. C., Mariano, M., Casacchia, M., & Roncone, R. (2010). Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of so-

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

cial situations? *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(5), 675–703.
doi.org/10.1080/09602011.2010.486284

McDonald, S., Flanagan, S., Rollins, J. y Kinch, J. (2003). TASIT: A new clinical tool for assessing social perception after traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 18(3), 219-238.
doi.org/10.1097/00001199-200305000-00001

Moritz S, Veckenstedt R, Bohn F, Hottenrott B, Scheu F, Randjbar S, Aghotor J, Köther U, Woodward TS, Treszl A, Andreou C, Pfueller U, Roesch-Ely D. (2013) Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013 Dec;151(1-3):61-9.
doi: 10.1016/j.schres.2013.10.007.

Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 151–157.
doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.010

Mueller, D. R., Schmidt, S. J., & Roder, V. (2015). One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. *Schizophrenia bulletin*, 41(3), 604–616. doi.org/10.1093/schbul/sbu223

Nijman SA, Veling W, van der Stouwe ECD, Pijnenborg GHM. (2020) Social Cognition Training for people with a psychotic disorder: A network meta-analysis. *Schizophr Bull.* Mar 12;46(5):1086–103. doi: 10.1093/schbul/sbaa023.

Ochoa S, López-Carrilero R, Barrigón ML, Pousa E, Barajas A, Lorente-Rovira E, González-Higuera F, Grasa E, Ruiz-Delgado

I, Cid J, Birulés I, Esteban-Pinos I, Casañas R, Luengo A, Torres-Hernández P, Corripio I, Montes-Gámez M, Beltran M, De Apraiz A, Domínguez-Sánchez L, Sánchez E, Llacer B, Pélaez T, Bogas JL, Moritz S; Spanish Metacognition Study Group. (2017) Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis. *Psychol Med*. Jul;47(9):1573-1584. doi: 10.1017/S0033291716003421.

Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, García A, Sánchez P, Elizagárate E, Segarra R, Ezcurra J, Gutiérrez-Fraile M, Eguíluz JI. Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP [Evidence of the effectiveness of cognitive rehabilitation in psychosis and schizophrenia with the REHACOP programme]. *Rev Neurol*. 2012 May 16;54(10):577-86.

Parker S, Foley S, Walker P, Dark F. (2013) Improving the social cognitive deficits of schizophrenia: a community trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT). *Australas Psychiatry*. Aug;21(4):346-51. doi: 10.1177/1039856213486305. Epub 2013 May 13. PMID: 23671226.

Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114–132.
doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114

Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D., y Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109(2), 149-159.
doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00004-5

Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., & Sterne, A. (2007). The development of the Social Cognition and Interaction Training pro-

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

gram for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449–451. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.449>

Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408–411. doi.org/10.1093/schbul/sbn014

Penney D, Sauvé G, Mendelson D, Thibaudeau É, Moritz S, Lepage M. (2022) Immediate and sustained outcomes and moderators associated with metacognitive training for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Mar 23. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0277.

Peña J, Ibarretxe-Bilbao N, Sánchez P, Iriarte MB, Elizagarrate E, Garay MA, Gutiérrez M, Iribarren A, Ojeda N. Combining social cognitive treatment, cognitive remediation, and functional skills training in schizophrenia: a randomized controlled trial. *NPJ Schizophr.* 2016 Nov 9;2:16037. doi:10.1038/npjschz.2016.37.

Perner, J. y Wimmer, H. (1985). «John thinks that Mary thinks that...»: attribution of second-order false beliefs by 5 to 10 year old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39(3), 437-471. [doi.org/10.1016/0022-0965\(85\)90051-7](https://doi.org/10.1016/0022-0965(85)90051-7)

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Seligman, M. E. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6(3), 287-299. doi.org/10.1007/BF01173577

Pino MC, Pettinelli M, Clementi D, Gianfelice C, Mazza M. (2015) Improvement in cognitive and affective theory of mind with observation and imitation treatment in subjects with schi-

zophrenia. Clinical neuropsychiatry; 12(3): 64-72.
doi.org/10.1093/schbul/sbaa023

Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. Behavioral and brain sciences, 1(4), 515-526.
doi.org/10.1017/S0140525X00076512

Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., & Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. British Journal of Clinical Psychology, 53(3), 281–298.
doi.org/10.1111/bjcp.12044

Roberts, D. L., Kleinlein, P., & Stevens, B. (2012). An alternative to generating alternative interpretations in social cognitive therapy for psychosis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40(4), 491–495.
doi.org/10.1017/S1352465812000082

Rocha, N. B., Campos, C., Figueiredo, J. M., Saraiva, S., Almeida, C., Moreira, C., Pereira, G., Telles-Correia, D., & Roberts, D. (2021). Social cognition and interaction training for recent-onset schizophrenia: A preliminary randomized trial. Early intervention in psychiatry, 15(1), 206–212. doi.org/10.1111/eip.12944

Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? Schizophrenia Bulletin, 32(Suppl1), S81–S93.
doi.org/10.1093/schbul/sbl021

Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D., Spaulding, W. D., & Heuberger, A. (2011). Integrated psychological therapy (IPT): For the treatment of neurocognition, social cognition, and social

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

competency in schizophrenia patients. Cambridge, MA, US: Hogrefe Publishing.

Rosenthal, R., Hall, J.A., DiMatteo, M.R., Rogers, P.L., y Archer, D. (1979). Sensitivity to Nonverbal Communication: The PONS Test. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.

Russell, T. A., Chu, E., & Phillips, M. L. (2006). A pilot study to investigate the effectiveness of emotion recognition remediation in schizophrenia using the microexpression training tool. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 579–583.
doi.org/10.1348/014466505X90866

Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, I., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., & Wölwer, W. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia. Impact on functional outcome. *Schizophrenia Research*, 138(2–3), 262–267.
doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.005

Savla, G.N., Vella, L., Armstrong, C.C., Penn., D.L., y Twamle E.W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979–992.
doi.org/10.1093/schbul/sbs080

Schmidt, S. J., Mueller, D. R. y Roder, V. (2011). Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia bulletin*, 37 (supl_2), S41-S54.
doi.org/10.1093/schbul/sbr079

-
- Sergi, M. J. y Green, M. F. (2003). Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 59(2-3), 233-241. doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00405-4
- Statucka, M., & Walder, D. J. (2013). Efficacy of social cognition remediation programs targeting facial affect recognition deficits in schizophrenia: A review and consideration of high-risk samples and sex differences. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 125–139. doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.005
- Tan BL, Lee SA, Lee J. (2018) Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review. *Asian J Psychiatr*. Jun;35:115-131. doi: 10.1016/j.ajp.2016.06.013. doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.013
- Thibaudeau É, Cellard C, Turcotte M, Achim AM. Functional Impairments and Theory of Mind Deficits in Schizophrenia: A Meta-analysis of the Associations. *Schizophr Bull*. 2021 Apr 29;47(3):695-711. doi: 10.1093/schbul/sbaa182.
- Thompson AD, Bartholomeusz C, Yung AR. Social cognition deficits and the 'ultra high risk' for psychosis population: a review of literature. *Early Interv Psychiatry*. 2011 Aug;5(3):192-202. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00275.x.
- van Donkersgoed RJ, Wunderink L, Nieboer R, Aleman A, Pijsnenborg GH. Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015 Oct 28;10(10):e0141075. doi:10.1371/journal.pone.0141075
- Wang, Y., Roberts, D. L., Xu, B., Cao, R., Yan, M., & Jiang, Q. (2013). Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings. *Psychiatry*

2.5. TERAPIAS DIRIGIDAS A LAS ALTERACIONES DE LA COGNICIÓN SOCIAL

Research, 210(3), 751–755.
doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.038

Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 295–303.
doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.018

Wölwer W, Frommann N. (2011) Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR). *Schizophr Bull.* Sep;37 Suppl 2(Suppl 2):S63-70. doi:10.1093/schbul/sbr071.

Yeo H, Yoon S, Lee J, Kurtz MM, Choi K. A meta-analysis of the effects of social-cognitive training in schizophrenia: The role of treatment characteristics and study quality. *Br J Clin Psychol.* 2022 Mar;61(1):37-57. doi: 10.1111/bjcp.12320.

Zimmer M, Duncan AV, Laitano D, Ferreira EE, Belmonte-de-Abreu P. A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Braz J Psychiatry.* 2007 Jun;29(2):140-7.
doi: 10.1590/s1516-44462006005000030.

2.6.

TERAPIAS DIRIGIDAS A LA METACOGNICIÓN

La metacognición, se ha descrito originalmente como la capacidad de “pensar sobre el pensamiento” (Flavell, 1979), aunque posteriormente ha habido diferentes caracterizaciones del constructo. Sin embargo, hay aspectos comunes en las distintas definiciones que aluden a este término que hacen referencia a la metacognición como el conjunto de procesos cognitivos que nos permiten conocer, reflexionar, controlar y regular nuestros estados mentales (pensamientos y sentimientos) para influir en nuestras experiencias y comportamientos y cambiar nuestras mentes de acuerdo con una comprensión de orden superior de los procesos psicológicos (Díaz-Cutraro, 2022).

Siendo que la metacognición es fundamental para la adaptación y la comunicación humanas, se ha aplicado con frecuencia para ayudar a explicar el desarrollo y mantenimiento de las condiciones de salud mental, incluidos los trastornos del espectro psicótico. La metacognición tiene un papel moderador en las alteraciones producidas por los trastornos psicóticos, en el sentido que los déficits metacognitivos están vinculados a cómo se perciben e interpretan las experiencias vividas en el propio trastorno, afectando al desarrollo y curso de los síntomas. En este sentido, en los últimos años, hemos sido testigos de un interés renovado en abordar los déficits metacognitivos a través de una gama de nuevos tratamientos que promueven el bienestar más allá de la reducción de síntomas positivos, como puedan ofrecer los tratamientos farmacológicos,

2.6. TERAPIAS DIRIGIDAS A LA METACOGNICIÓN

que más allá de su eficacia, involucran agentes que tienen efectos secundarios negativos significativos.

Estas nuevas terapias han utilizado un enfoque distinto en cuanto a la conceptualización del término metacognición o, dicho de otro modo, han enfatizado aspectos distintos de la metacognición. En este sentido, por ejemplo, desde el Entrenamiento MetaCognitivo (EMC) se analiza cómo las personas procesan la información y la respectiva conciencia de los procesos distorsionados, mientras que la Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) se ocupa de cómo las personas integran la información para formar imágenes más amplias de sus vidas. Desde el EMC se trabajan los procesos que están en juego cuando las personas toman decisiones y responden al mundo social, mientras que MERIT ofrece una visión de los sistemas complejos que permiten que el sentido de sí mismo y de los demás esté disponible.

En este capítulo, se abordan ambos enfoques y se detallan las características intrínsecas de cada intervención, así como se establecen recomendaciones para su aplicabilidad.

2.6.1.

ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

Susana Ochoa¹, Raquel López-Carrilero¹, Ana Barajas²

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Grupo MERITT. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. CIBERSAM, ISCIII.

²Serra Húnter Programme. Universitat Autónoma de Barcelona. Centre d’Higiene Mental de les Corts

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO

La Metacognición puede ser descrita como “una reflexión sobre el propio pensamiento” y consiste en la capacidad de seleccionar las respuestas adecuadas. También abarca la manera de evaluar y soportar la información y cómo hacer frente a las limitaciones cognitivas.

Implica dos componentes principales: el seguimiento (la capacidad de observar los propios procesos cognitivos), y el control (la capacidad de modificar estos procesos cognitivos) (Flavell, 1979; Nelson & Narens, 1990).

El concepto metacognitivo subyacente al Entrenamiento Metacognitivo (EMC) se basa en la mejora de la conciencia de los

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

sesgos cognitivos más prevalentes en personas con psicosis. El objetivo principal es aumentar el conocimiento y la detección de estos sesgos, y aumentar el conocimiento y la autoconciencia de los mismos para modificar y cambiar su interpretación en la vida diaria. Ser consciente de estos sesgos podría actuar como profilaxis para un nuevo episodio psicótico por la atenuación de los síntomas positivos de la psicosis, especialmente los delirios. El EMC está dirigido a mejorar la autorreflexión sobre los procesos de pensamiento y a sembrar dudas en los y las pacientes sobre sus creencias no adaptativas relacionadas con los sesgos cognitivos. Este tratamiento no se centra en cambiar los delirios de los/as pacientes, refutando sus ideas con razonamientos intelectuales; en el EMC esperamos que los y las pacientes puedan pensar y dudar de sus pensamientos y modificar sus creencias sobre ellos. El propósito final es cambiar la “infraestructura cognitiva” de la ideación delirante.

El EMC es un enfoque basado en una intervención cognitivo-conductual combinada con psicoeducación. La intervención se basa en un enfoque normalizador en el que se discuten de forma ilustrativa y entretenida aquellos sesgos cognitivos más frecuentes en personas con psicosis. El EMC trabaja con la idea de normalización, ya que los sesgos cognitivos incluidos en las sesiones terapéuticas también están presentes en la población general.

Intervención EMC

Hay dos formatos de EMC: en grupo (EMC) o individual (EMC+). El EMC consta de ocho unidades terapéuticas y dos sesiones complementarias desarrolladas habitualmente de manera semanal, que duran entre 45 y 60 minutos. En la práctica clínica se puede utilizar como un grupo abierto en el que las personas se

pueden ir incorporando en cualquier momento de la intervención. El material disponible para el programa EMC está compuesto por presentaciones de diapositivas que incluyen dos versiones. Cada unidad contiene abundante material terapéutico que incluye información psicoeducativa, ejercicios, ejemplos de casos, demostraciones y hojas de trabajo. Siete de las unidades terapéuticas abordan los sesgos cognitivos y los errores que se observan con frecuencia en la resolución de problemas en la esquizofrenia, involucrados en la formación y mantenimiento de delirios (Moritz y Woodward, 2007a; Moritz y Woodward, 2007b; Freeman, 2007). En estas sesiones se trabaja el estilo atribucional, el salto a conclusiones (JTC, por sus siglas en inglés), el sesgo contra la evidencia no confirmatoria (BADE, por sus siglas en inglés), el exceso de confianza en los errores de memoria, el reconocimiento emocional, la ToM y la depresión. Recientemente se han añadido dos sesiones complementarias que tratan de la autoestima y el autoestigma, aunque es recomendable que se incluyan en el tratamiento (Tabla 1).

El tratamiento EMC + incluye diez sesiones terapéuticas en las que los sesgos cognitivos se abordan de manera similar, pero en un contexto individual. Las dos primeras sesiones se centran en explicar el concepto de metacognición y la evaluación de la historia clínica del/la paciente con el fin de marcar los objetivos de la intervención. En la tercera sesión se trabaja con el modelo explicativo del trastorno, durante el cual los objetivos son identificar la vulnerabilidad, los factores desencadenantes y agravantes como factores protectores. Las siguientes sesiones cubren los sesgos cognitivos relacionados con el estilo atribucional, los sesgos de memoria, el JTC y el BADE. Las sesiones finales están dirigidas a trabajar la autoestima y la prevención de recaídas (Tabla 1).

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

Tabla 1. Sesiones de intervención de las diferentes modalidades del EMC

	EMC grupal (EMC)	EMC individual (EMC+)
Nº de sesiones	8 sesiones + 2 complementarias	10 sesiones
Módulos		
1. Acusar y atribuirse el mérito	1. Introducción al programa terapéutico metacognitivo	
	2. Saltar a conclusiones (1 ^a parte)	2. Formulación del caso
	3. Cambiar creencias	3. Estilo atribucional
	4. Empatizar (1 ^a parte)	4. Tomas de decisiones
	5. Memoria	5. Cambiando creencias
	6. Empatizar (2 ^a parte)	6. Empatizando
	7. Saltar a conclusiones (2 ^a parte)	7. Memoria y exceso de confianza
	8. La autoestima y el estado de ánimo	8. Depresión y pensamiento
	9. Autoestima	9. Vivir con psicosis y prevención de recaídas
	10. Enfrentándose a los prejuicios	10. Vivir con psicosis y prevención de recaídas

El EMC está dirigido a personas con esquizofrenia o trastornos del espectro de la psicosis, sin embargo, también se puede aplicar a pacientes con otros diagnósticos que presentan síntomas psicóticos positivos. Sólo se recomienda excluir de la intervención grupal a aquellos pacientes que muestren niveles elevados de hostilidad y suspicacia.

El EMC, tanto el manual como las presentaciones de los diferentes módulos, está disponible gratuitamente en 37 idiomas (www.uke.de/mct), incluido el español, y se han desarrollado versiones del programa para otros trastornos mentales (depresión, trastorno límite de personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Se sabe que una serie de estilos de pensamiento problemáticos o sesgos cognitivos podrían estar relacionados con la formación y el mantenimiento de síntomas positivos de la esquizofrenia, particularmente los delirios (Sauvé et al., 2020). Entre estos sesgos se encuentran los sesgos de atribución, JTC, BADE, los déficits en la teoría de la mente, la confianza excesiva en los errores de memoria y los patrones cognitivos depresivos. Es de gran relevancia poder evaluar estos estilos de pensamiento de manera que el paciente pueda identificarlos, tomar conciencia y reemplazarlos por otras formas de pensamiento más adaptativas. De este modo, a través de ensayos clínicos aleatorizados, dónde evaluemos sesgos cognitivos y variables clínicas (entre otros aspectos) podremos conocer la efectividad de intervenciones metacognitivas como el EMC. Así mismo, también es de gran utilidad en los ensayos clínicos aleatorizados, la evaluación del mantenimiento de los efectos a largo plazo, tal como se ha confirmado en el caso del EMC (Liu et al., 2018). Sin embargo, a día de hoy, existen ciertas limitaciones en el ámbito de la evaluación del EMC. Por un lado, no contamos con versiones de prueba-reprueba paralelas para las reevaluaciones o las tareas en ocasiones plantean dificultades de comprensión (Moritz et al., 2017). Por otro lado, contamos con herramientas de evaluación dirigidas a la sintomatología

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

psicótica que son muy robustas y variadas (PANSS; PSYRATS; SUMD; etc.). Sin embargo, aún no disponemos de métodos de evaluación estandarizados para medir los diferentes sesgos cognitivos y el cambio en estos tras la intervención, lo que supone una limitación a la hora de meta-analizar toda la evidencia obtenida en los diferentes ensayos clínicos de eficacia del EMC realizados hasta la fecha. En este sentido, es posible que la harmonización en el uso de instrumentos de evaluación en los ensayos clínicos de eficacia del EMC pueda reportar un mayor tamaño del efecto en cuanto a cambios en las distorsiones cognitivas, similar al obtenido en la sintomatología psicótica. En la actualidad, se dispone de dos instrumentos validados en población española para medir sesgos cognitivos. El cuestionario de sesgos cognitivos (CBQ) (Peters et al., 2014; Corral et al., 2021) que evalúa los sesgos cognitivos más frecuentes en los trastornos psicóticos: intencionalidad, catastrofismo, pensamiento dicotómico, saltar a las conclusiones y razonamiento basado en emociones; y la escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS) (Beck et al., 2004; Gutiérrez-Zotes et al., 2012), un cuestionario autoaplicado que recoge información sobre la capacidad para corregir juicios erróneos a través de dos subescalas: autorreflexión y autocerteza.

Sin embargo, la mayoría de los estudios han probado la efectividad de la intervención utilizando herramientas indirectas para medir los resultados de interés. Hasta la fecha sólo se ha publicado un artículo que utiliza medidas objetivas a través de la actividad de la resonancia magnética funcional (mediante el paradigma de la “Tarea de Cajas”) y los patrones de conectividad efectivos asociados con el sesgo de salto a conclusiones en pacientes con delirios, y sus cambios después de EMC (Andreou et al., 2018).

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO

a. Esquizofrenia

Se ha demostrado que el EMC es una intervención psicológica exitosa para reducir los síntomas positivos, especialmente los delirios (Penney et al., 2022). Incluso en pacientes hospitalizados (Barnicot, et al., 2020), contando con una versión específica (Fisher et al., 2022). Además, el EMC es eficaz para mejorar la conciencia cognitiva y otros sesgos cognitivos, el funcionamiento cognitivo, la autoestima y la calidad de vida en la esquizofrenia (Andreou et al., 2017; Briki et al., 2014; Moritz y Woodward, 2007a; Moritz et al., 2011; Moritz et al., 2013; Moritz et al., 2014). Uno de los estudios más relevantes describió un efecto latente del EMC (Moritz et al., 2014), encontrando que los efectos en la reducción de los síntomas permanecen más de 3 años después del tratamiento. Cabe destacar que la terapia EMC tiene un alto nivel de tolerabilidad, siendo descrito por los/as pacientes como más placentero que otras terapias, así como útil para la vida diaria (Moritz et al., 2011). En la versión adaptada para síntomas negativos los niveles de aceptabilidad son buenos indicando unas altas tasas de atención y buenos comentarios tanto por parte de los y las participantes como del equipo (Swanson et al., 2022).

Sólo dos estudios han explorado las variables moderadoras del EMC. El primero, de Moritz et al. (2018), encontró que las personas con síntomas graves, niveles más altos de ansiedad y baja autoestima y calidad de vida son más capaces de mejorar con el EMC. El segundo, de Leanza et al. (2020), basado en el EMC+, encontró que los/as pacientes con baja autoestima y sesgo JTC son los que más se benefician.

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

Varios metaanálisis han demostrado los beneficios del EMC sobre los síntomas, especialmente los síntomas positivos, en los trastornos del espectro de la psicosis (Eichner y Berna, 2016; Jiang et al., 2015; Liu et al., 2018; Penney et al., 2022; Philipp et al., 2019). Sólo uno de ellos, que incluye 11 estudios, no respalda un efecto positivo del EMC sobre los síntomas positivos (Van Oosterhout et al., 2016), aludiendo a las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos. Sin embargo, el último metaanálisis publicado (Penney et al., 2022), que incluye un total de 43 estudios con 1816 participantes, realiza un análisis de la calidad metodológica de los estudios (72% de los estudios incluidos mostraron una puntuación de 3 o superior, en una escala de 1=baja calidad a 5=alta calidad) y halla que el EMC es útil para mejorar síntomas positivos (delirios, alucinaciones), sesgos cognitivos, autoestima, síntomas negativos y funcionamiento. Además, estas mejoras se mantienen al año de la intervención. De manera similar, el metaanálisis realizado por Lopez-Morinigo et al. (2020) encontró que EMC es un buen enfoque psicoterapéutico para mejorar la conciencia cognitiva en personas con psicosis. Estos resultados son de gran interés considerando que la conciencia cognitiva es una variable central en el proceso de metacognición, permitiendo la mejora de la autorreflexión, (reconocer y aceptar los propios fracasos) y la reducción de la auto-certeza (exceso de confianza en los juicios y atribuciones propios) (Beck et al., 2004).

En un reciente metaanálisis (Sauve et al., 2020) sobre la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas sistemáticamente a los sesgos cognitivos en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se reconoce el EMC como la intervención más comúnmente utilizada para abordar los sesgos cognitivos, también implementada en combinación con otras intervenciones cognitivas, como la remediación cognitiva (RC). En el estudio de Moritz et al., (2015), se combinaron elementos del EMC con el programa de RC llamado

“mybraintraining”, desarrollado por el Dr. Ryuta Kawashima, enfocado a trabajar las habilidades de cálculo, lógica, memoria, entre otras, en formato online y sin terapeuta. Los resultados mostraron como la terapia combinada (RC + EMC) puede aminorar los sesgos cognitivos, pero no así los déficits en neurocognición. Los autores justifican estos resultados a la combinación de dos factores: por un lado, a la resistencia al cambio de las disfunciones neurocognitivas y, por otro, debido a las limitaciones metodológicas tal como el curso crónico del trastorno, el uso de escalas auto-administradas o la limitada diversidad de tests. Otra de las intervenciones incluidas en este metaanálisis combina sesiones grupales de RC asistida por ordenador y EMC. Esta combinación incluye tres sesiones estructuradas de una hora por semana utilizando el programa CogPack® (Marker, 2003) seguidas de una cuarta sesión de EMC durante la semana (Buonocore et al., 2015). Los resultados mostraron mejoras relevantes tanto en las funciones cognitivas tras la RC, como en el sesgo contra la evidencia no confirmatoria tras el EMC. En base a los hallazgos obtenidos los autores recomiendan que el EMC no sea implementado como monoterapia psicológica, sino que puede verse beneficiado por otras intervenciones basadas en el ejercicio de una amplia variedad de habilidades, como las intervenciones de RC. Algunos estudios ya han aportado datos acerca de la interacción entre el funcionamiento neurocognitivo y los sesgos cognitivos (Buonocore et al., 2015; Davies et al., 2020; González et al., 2018; Minor et al., 2014). Entender esta relación es clave de cara a conocer la mejor manera de potenciar intervenciones metacognitivas como lo es el EMC, algo que ya sugirió Moritz et al. (2011) indicando que el tratamiento más eficaz podría estar en la integración del EMC con tratamientos cognitivos-conductuales. Se requiere mayor evidencia científica acerca de la efectividad de la combinación del EMC junto a otras intervenciones cognitivas que demuestren la potenciación de los beneficios obtenidos frente al EMC en monoterapia psicológica.

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

b. Primer episodio psicótico

Recientemente, desde el Spanish Metacognition Group se ha dirigido un estudio para demostrar la efectividad del EMC en personas con psicosis de inicio reciente. Los resultados muestran que el EMC en formato grupal mejora la conciencia cognitiva, los síntomas psicóticos, la cognición social y las creencias irrationales, así como el funcionamiento cognitivo en memoria, atención y funciones ejecutivas (Ochoa et al., 2017; Ruiz-Delgado et al., 2022). Además, se encontraron resultados positivos en la mejora de la conciencia cognitiva a partir de la tercera sesión de EMC (Birulés et al., 2020). Curiosamente, también hemos encontrado que las mujeres se benefician más del EMC que los hombres, en términos de síntomas generales, conciencia cognitiva y cognición social, lo que sugiere que el EMC es una intervención sensible al género (Salas-Sender et al., 2020). Además del género, existen otras variables que deberíamos tener en cuenta a la hora de considerar la implementación del EMC en personas con psicosis de inicio reciente. González-Blanch et al. (2021) mostraron que existían determinados subgrupos de pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse del EMC para obtener mejoras en la conciencia cognitiva. En concreto, encontraron tres variables sociodemográficas y clínicas basales (edad de inicio, género y autoestima) que eran moderadoras significativas del tratamiento. Más específicamente, los pacientes con una menor edad de inicio del trastorno obtuvieron un mayor beneficio del EMC en términos de mejoría en las habilidades de autorreflexión. Además, el EMC tuvo un mayor efecto en la reducción de autoconfianza en las mujeres en comparación con los hombres. Finalmente, el EMC también era más beneficioso en pacientes cuya autoestima inicial tenía valores promedio o por encima del promedio. En general, el EMC puede

generalizarse a un amplio abanico de perfiles sociodemográficos y clínicos. Sin embargo, ciertas características basales se asocian con un mejor resultado en la conciencia cognitiva después del EMC en comparación con una intervención psicoeducativa grupal.

Otros estudios han confirmado las mejoras en sintomatología positiva y en la conciencia cognitiva en PEP sometidos a un programa de EMC (Ahuir et al., 2018; Orcel et al., 2013; Ussorio et al., 2016). Sin embargo, no toda la evidencia científica en PEP ha mostrado resultados en esta misma dirección. Pos et al. (2017) no encontraron efectos del EMC sobre la ideación paranoica, el sesgo JTC, la convicción del delirio o la conciencia cognitiva en comparación con el grupo que recibe terapia ocupacional. Es posible que otros aspectos relevantes, como puede ser la cognición, estén detrás de la falta de efectividad que muestran los datos. No obstante, cabe destacar que el EMC se recomienda en las directrices para el tratamiento de la psicosis de la Sociedad Alemana de Psiquiatría y Psicoterapia, Psicosomática y Neurología (German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology; DGPPN), la Sociedad Alemana de Psicología (the German Society for Psychology; DGPs), en el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) y ha sido incluida como recomendación para reducir síntomas psicóticos en el documento de la OMS de intervenciones para la rehabilitación en la esquizofrenia (World Health Organization, 2023). Por lo tanto, podemos considerar el EMC como una opción atractiva para el tratamiento de pacientes con psicosis. La adherencia suele ser buena y los pacientes prefieren el EMC sobre otras formas de tratamiento con un gran tamaño del efecto (Eichner et al., 2016).

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

c. Estado mental de alto riesgo de psicosis

Los sesgos cognitivos no solo se han observado en los trastornos psicóticos ya establecidos o en psicosis de inicio reciente. Individuos con alto riesgo clínico de desarrollar un trastorno psicótico también parecen presentar sesgos cognitivos (Cotter et al., 2017). Esto sugiere que los sesgos cognitivos podrían aumentar en las primeras etapas del trastorno. Dada la evidencia de que los sesgos cognitivos podrían ser marcadores de psicosis, podrían representar un objetivo terapéutico interesante. Además, las intervenciones psicológicas dirigidas a los sesgos cognitivos también pueden tener efectos preventivos o beneficiosos en estos grupos de riesgo. Hasta la fecha, existe escasa evidencia acerca de la efectividad de intervenciones metacognitivas en EMAR. Un estudio piloto reciente (Parker et al., 2020) proporciona una investigación preliminar sobre la aceptabilidad y viabilidad de un tratamiento metacognitivo para jóvenes EMAR. Se observaron reducciones clínicamente significativas en experiencias de tipo psicótico en la evaluación posterior al tratamiento, así como una disminución importante en cuanto a personas que cumplen los criterios para un estado mental de alto riesgo, al post-tratamiento y 6 meses de seguimiento. Estos resultados sugieren que el EMC es capaz de cambiar procesos y creencias metacognitivas, que son mecanismos hipotéticos considerados como objetivos de tratamiento diana en el EMC. Por lo tanto, a la vista de los resultados antes mencionados, en el futuro valdría la pena investigar si las intervenciones metacognitivas actuales, entre ellas el EMC, podrían ser beneficiosas para esta población y quizás incluso prevenir la conversión a psicosis. El EMC es un tratamiento relativamente breve en comparación con la TCC, por lo que podría ser un tratamiento útil dentro de contextos de restricciones de recursos y con población joven.

d. Otras poblaciones

Como hemos visto hasta ahora, existe un creciente cuerpo de literatura sobre el uso del EMC en psicosis, sin embargo, hay escasa evidencia de su uso por parte de los pacientes con trastorno psicótico en la población en contexto penitenciario. En la práctica forense hay una conciencia creciente de la necesidad de evaluar la capacidad mental funcional para la toma de decisiones en relación con el ejercicio de los derechos legales, que se ve mermada en este contexto. En un estudio de Naughton et al. (2012), se implementó el EMC en población con psicosis proveniente de un Hospital de Salud Mental forense y se valoró su efectividad comparando su rendimiento con un grupo control (lista de espera). Los resultados del estudio mostraron que las medidas de capacidad mental para dar consentimiento al tratamiento son lo suficientemente sensibles al cambio como para ser consideradas una medida más de la efectividad del EMC, así como también se obtuvieron mejoras en el conocimiento de la propia patología, en habilidades de razonamiento generalizado y en funcionamiento global de los pacientes con psicosis. Se trata del primer estudio que pretende evaluar el EMC en un entorno forense. Este estudio muestra la adquisición de habilidades de razonamiento a través del EMC y su transferibilidad a otros contextos.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO

- El EMC es una intervención indicada principalmente a pacientes con un diagnóstico del espectro psicótico, que ya han realizado el debut de los síntomas umbrales de la psicosis. A pesar de que se ha utilizado en edades tempranas (Ussorio et al., 2016) y que podría ser útil para fases previas al tra-

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

torno, aún no disponemos de evidencia científica sólida para recomendar una indicación de su aplicabilidad en personas con EMAR. Principalmente, la prioridad del EMC son los/las pacientes con síntomas psicóticos positivos, y específicamente, aquellos/as que presentan ideación delirante o delirios, y en los que sería adecuado abordar estos síntomas desde la autoreflexión de los propios procesos de pensamiento. En este sentido, se considera que el perfil de pacientes idóneo para este tipo de intervención, y así obtener su máximo rendimiento, serían aquellos/as que tuvieran un funcionamiento cognitivo óptimo. En caso contrario, se deberá realizar previamente un trabajo en rehabilitación cognitiva, a pesar de que el EMC incluye algunos componentes de cognición básica (Módulo de Memoria) en el que se entrena al paciente en estas competencias y en el que científicamente se han obtenido resultados positivos.

- El EMC también sería adecuado para pacientes que en el pasado hayan sufrido síntomas psicóticos positivos (ideas delirantes y/o delirios) y que en la actualidad estén en remisión tras una intervención farmacológica; o en pacientes ingresados/as por un episodio psicótico, siempre y cuando la intensidad de los delirios no tenga elevada interferencia y sea posible su implementación.
- El EMC, tanto en su formato grupal como individual, debe implementarse en pacientes sin un elevado nivel de distractibilidad, ya que de lo contrario podría comprometer el desarrollo de la intervención de forma óptima. Pacientes con un alto grado de agresividad e impulsividad, o un elevado grado de autorreferencialidad, deben descartarse ya que el progreso de la intervención puede verse alterado, especialmente en el formato grupal.

-
- La intervención en formato grupal está formada por dos bloques de 10 sesiones cada uno (cada bloque trabaja los mismos aspectos con diferentes materiales), por lo que se recomienda su implementación en grupos abiertos, incorporando a los/las pacientes al grupo en función de su llegada al dispositivo. El momento en el que el/la paciente se incorpore al grupo no es relevante puesto que cada sesión es independiente y trabaja aspectos diferenciales. El/la terapeuta debe seleccionar qué material va a utilizar en cada sesión (de forma previa), ya que se dispone de un amplio repertorio de ejemplos, e intentar utilizar el material como un elemento de apoyo para transmitir las ideas principales en cada sesión. En este caso, cabe tener en cuenta la cita “menos es más”. En el caso del EMC+, el material y los ejemplos pueden ser adaptados en función del/la paciente, esto permite cierta flexibilidad para poder trabajar uno u otro aspecto de manera más relevante. En realidad, esta adaptabilidad sería una ventaja del EMC+, y puede facilitar que accedan aquellas personas que son reticentes al formato grupal (por suspicacia o por ansiedad social).
 - Los/as conductores/as del grupo deben ser preferiblemente psicólogos clínicos, a pesar de que en algún caso otros profesionales sanitarios como psiquiatras y enfermería de salud mental formados en la implementación del EMC podrían llevar a cabo este tipo de tratamiento. Para la modalidad grupal, se recomienda contar con experiencia previa en la conducción de grupos de pacientes con psicosis. Los grupos deberán ser de 6-8 pacientes, y en caso de ser un número superior se debería contar con la figura de un co-terapeuta.
 - Es de gran relevancia destacar los elementos normalizadores de los que consta la intervención a la vez que se destacan los

2.6.1. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA LA PSICOSIS (EMC)

extremos patológicos de los sesgos cognitivos trabajados. El EMC tiene como objetivo sembrar la duda de la causalidad de las situaciones vividas y plantear diferentes explicaciones alternativas.

- Debe facilitarse la generalización de lo trabajado en consulta a situaciones de la vida cotidiana. Es importante tratar experiencias personales (tanto de los/as pacientes como de los/as terapeutas). Si así lo requiere el/la paciente, la modalidad grupal se puede combinar con la modalidad individual.
- Es posible utilizar esta terapia en modalidad digital, puesto que se puede compartir en la pantalla el material a proyectar. De este modo, fue sido posible implementar el EMC grupal durante el periodo de confinamiento por la COVID-19. Puede resultar de gran utilidad para realizar terapias grupales con pacientes que tengan dificultades para desplazarse.

2.6.2.

TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

Helena García Mieres¹ y Félix Inchausti²

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM, ISCIII).

²Departamento de Salud Mental, Servicio Riojano de Salud.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MERIT

Este capítulo presenta la evidencia actual sobre la *Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (MERIT), desarrollada en la última década por el equipo de Lysaker y colaboradores (Lysaker & Klion, 2017). MERIT es una terapia con un enfoque integrador, que combina los hallazgos sobre la metacognición y los modelos emergentes de recuperación global a la hora de abordar la comprensión y tratamiento de los trastornos del espectro psicótico. El eje central sobre el que se asienta MERIT es que para promover la recuperación es esencial entrenar los procesos que permiten a las personas desarrollar un sentido amplio y flexible de sí mismas/as y su mundo; es decir, entrenar la metacognición. Se basa en un modelo integrador y se puede aplicar independientemente del enfoque terapéutico de preferencia del/la terapeuta. Se basa en unos principios generales que permitirán promover el cam-

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

bio psicológico en el/la paciente con psicosis, en contraposición a sugerir un conjunto específico de técnicas y actividades terapéuticas.

Los ocho elementos de MERIT: Aunque no es el objetivo de este capítulo ni lo permite su extensión, se mencionarán brevemente los ocho principios generales de MERIT. A lo largo de las secciones de este capítulo, también se acompañarán referencias de casos clínicos que ilustran el funcionamiento de MERIT. Las sesiones terapéuticas de MERIT deben regirse por ocho principios generales que se considera que facilitan la promoción de las habilidades metacognitivas dañadas, disminuidas o sin desarrollar. Cada principio describe un proceso mental cuantificable que puede ocurrir independientemente del problema que el paciente trae a sesión. Para explicaciones más detalladas sobre el proceso psicoterapéutico, se puede consultar el manual original (Lysaker & Klion, 2017), un capítulo en castellano con un caso clínico tratado con MERIT en el contexto de la sanidad pública española (Inchausti et al., 2019) y el modelo conceptual publicado (Lysaker, Buck, et al., 2010).

Principios de contenido. Cuatro principios sobre temas específicos que deben trabajarse en sesión

1. Los objetivos, deseos y necesidades concretas (o agenda) del/la paciente en el presente.
2. La reacción del/la paciente a los pensamientos, sentimientos y comportamientos del terapeuta como consecuencia de la agenda (es decir, la transferencia que suscita la contratransferencia).
3. Las experiencias vitales relevantes del/la paciente a través del análisis en sesión de episodios autobiográficos específicos.

4.Los desafíos psicológicos que emergen de los tres tipos de contenido anteriores.

Principios de proceso. Reflexionar y discutir sobre:

1. La relación terapéutica, al ser el contexto donde el/la paciente reflexiona sobre sí mismo/a y los demás.
- 2.Del progreso psicoterapéutico, tanto a nivel de resultados mentales (por ejemplo, mejora de la autoestima) como físicos (por ejemplo, reducción de peso) relevantes.

Principios de nivel superior. Involucrar a los/as pacientes en discusiones sobre:

1. Reflexionar sobre sí mismos, los demás y el mundo de acuerdo con su capacidad metacognitiva actual.
- 2.Examinar sus habilidades de dominio (o resolución de problemas) de acuerdo con su capacidad metacognitiva actual.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

El enfoque de MERIT toma la metacognición como un término global o “paraguas” (Semerari et al., 2003), es decir, como un concepto integrador o sintético para describir la habilidad general de una persona de formar representaciones de sí misma y de los estados mentales de los otros. La metacognición supone entonces la habilidad de crear, revisar o reflexionar sobre ideas acerca de lo que es creído, sentido, soñado, imaginado y pretendido por uno mismo/a y los demás. Estas habilidades permiten a los humanos dar sentido a los propios dilemas y entender las in-

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

tenciones propias y ajenas, con la finalidad última de adaptarnos a nuestro entorno social (Semerari et al., 2003).

Desde este enfoque, la metacognición se dividiría en cuatro componentes:

- Autorreflexividad: la habilidad de identificar y reflexionar sobre los propios estados mentales, incluyendo pensamientos, deseos, emociones y sentimientos, sus relaciones entre sí, y su influencia en cómo nos comportamos, tanto en el presente como a lo largo del tiempo.
- Comprensión de la mente del otro: la habilidad de identificar y reflexionar sobre los pensamientos, intenciones y sentimientos de otras personas, sus relaciones entre sí, y la influencia que tienen a la hora de entender el comportamiento de los demás.
- Descentramiento: la habilidad de entender que uno mismo/a no es el centro del mundo, y de que hay muchas formas distintas de entender la realidad, y de que los hechos son multi-causales y complejos.
- Dominio: la habilidad de integrar la información intersubjetiva dentro de un Amplio rango de problemas psicológicos, y poder usar esta información para afrontar, de un modo adaptativo, los problemas psicológicos y sociales que la persona se encuentra en su vida.

Estos componentes son medidos por el clínico durante la propia terapia, o bien en el contexto de una narrativa hecha por el paciente sobre sus eventos y dificultades vitales. La escala de referencia es la Metacognitive Assessment Scale Abbreviated (MAS-A, Lysaker et al., 2005). Esta escala fue adaptada de la versión original de Semerari

(2003) al contexto particular de las personas con psicosis. Las explicaciones detalladas sobre cómo puntuar la metacognición utilizando esta escala están disponibles en el manual original (Paul H. Lysaker, Buck, et al., 2011) y la versión en castellano (Lysaker et al., 2016). La MAS-A ha sido utilizada en España con pacientes con trastornos del espectro psicótico (Inchausti et al., 2016, 2017, 2018), trastornos de la personalidad (Inchausti et al., 2020), trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias (Inchausti et al., 2016), obteniendo propiedades psicométricas similares a las de la versión original norteamericana, con fiabilidades interjueces superiores a 0,79.

A nivel empírico, existe amplia evidencia de que los y las pacientes con trastornos psicóticos presentan menores niveles de metacognición en comparación con controles, tanto en perfiles crónicos (Lysaker et al., 2014) como en PEP (MacBeth et al., 2016). A nivel clínico, peores niveles de metacognición se han asociado principalmente con síntomas negativos (Austin et al., 2019; García-Mieres et al., 2020) y desorganizados (Hasson-Ohayon et al., 2018; Minor et al., 2019), aunque también con positivos (McLeod et al., 2014). En otro nivel, la metacognición también es predictora de la recuperación del funcionamiento social y laboral (Lysaker et al., 2010; Lysaker et al., 2011) así como de la recuperación personal (Kukla et al., 2013).

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA MERIT

a. Esquizofrenia

Dado que MERIT es una terapia recientemente manualizada, los estudios que demuestran su eficacia han surgido en los últimos años. Un ensayo clínico aleatorizado ha demostrado una tasa de aceptación de MERIT de más del 66% en pacientes con esquizofrenia prolongada, además, los y las pacientes mejoraron a nivel

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

clínico y metacognitivo (de Jong et al., 2019), pero no en resultados secundarios. En otro ensayo clínico aleatorizado, una versión de MERIT focalizada en el entrenamiento en habilidades sociales (MOSST), encontró que el grupo que participaba en MOSST tuvo mejoras únicas en capacidad metacognitiva, funcionamiento social y comportamientos desadaptativos (Inchausti et al., 2018). Un ensayo abierto de una versión de 12 semanas de MERIT (Steven de Jong et al., 2016), y un seguimiento longitudinal de 1-2 años de terapia individual que seguía los principios de MERIT también reportaron tasas similares de mejora y participación en el tratamiento por parte de los y las pacientes (Bargenquast & Schweitzer, 2014). Además, un seguimiento a tres años de los y las pacientes incluidas en este ensayo mostró que las mejoras en metacognición y funcionamiento se mantenían una vez finalizada la terapia. Cabe destacar que la terapia MERIT va enfocada una mejora en el autoconocimiento y en la flexibilidad cognitiva más que a la mejora de la gravedad de los síntomas como sugieren en el metaanálisis realizado por Phillip et al. (2019).

Por otro lado, estudios cualitativos también apoyan la utilidad de MERIT. Los y las pacientes que realizaron MERIT describieron cómo el tratamiento les había ayudado a desarrollar un sentido de agencia personal más consciente y cómo les permitió reflexionar y usar su historia personal para dar sentido a sus problemas y dolor emocional (de Jong et al., 2019; de Jong et al., 2020; Lysaker et al., 2020). Finalmente, muchos estudios de caso de pacientes en contextos clínicos han ilustrado cómo MERIT puede utilizarse con pacientes con una alta heterogeneidad y complejidad de presentaciones clínicas. Estos casos clínicos incluyen condiciones como síntomas negativos severos, desorganización, inserción del pensamiento, síntomas depresivos, paranoia, sufrimiento emocional y falta de conciencia sobre el trastorno. El listado completo de referencias de los casos se recopila en Lysaker et al. (2020).

b. Primer episodio psicótico

En contraste con la evidencia existente en estadios prolongados de trastornos psicóticos, los estudios en PEP son aún escasos. Un primer ensayo clínico piloto de la versión de MERIT para PEP (Vohs et al., 2018) encuentra que es una terapia con una alta aceptación (70%) por parte de los y las pacientes, los cuales también mejoraron su conciencia de enfermedad en comparación con el tratamiento habitual. En la actualidad, este ensayo clínico sigue en curso, incorporando más pacientes con los que se pueda verificar la eficacia de MERIT para PEP. Por otro lado, existen estudios de caso en PEP bien documentados que ilustran el potencial de MERIT para mejorar la metacognición y la conciencia de enfermedad (Hillis et al., 2015; Leonhardt et al., 2016), la recuperación personal y laboral (Leonhardt et al., 2018), o los síntomas negativos (Belanger et al., 2018).

Hay un estudio en curso en España por parte los/as autoras del presente capítulo, que pretende examinar la relación entre la severidad de los déficits metacognitivos, el perfil de síntomas positivos y negativos y la efectividad de MERIT (comparado con medicación antipsicótica y terapia de apoyo) en adolescentes y adultos jóvenes que han sufrido un PEP. Los resultados disponibles hasta la fecha ($n = 30$) parecen indicar que existe una relación significativa entre sintomatología negativa elevada y habilidades metacognitivas más pobres. Por el contrario, los/as que manifestaron mayor sintomatología positiva obtuvieron puntuaciones superiores en la MAS-A. Con respecto a los efectos de MERIT, los y las participantes que recibieron tratamiento con MERIT, en comparación con el grupo control, parece que mejoran en autorreflexividad, descentramiento y dominio. A nivel cualitativo, basado en informantes significativos del entorno del/la paciente, se observan mejoras en síntomas negativos y en el nivel de funcionamiento personal y social.

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

c. Estado mental de alto riesgo de psicosis

En el momento actual, no se han realizado estudios que exploren si existen alteraciones de la metacognición en pacientes con EMAR, ni de la eficacia de MERIT para intervenir en este estadio.

En cuanto a perfiles de riesgo para la psicosis como trastornos de personalidad del clúster A, desde Italia Simone Cheli presenta cierta evidencia de la potencial eficacia de terapias basadas en MERIT para tratar con trastorno esquizotípico de la personalidad (Cheli, 2020; Cheli et al., 2019) en 12 pacientes que realizaron terapia por 6-12 meses. Se encuentra que estos pacientes disminuyeron su sintomatología general y una mejora en sus rasgos esquizotípicos.

d. Otras poblaciones especiales

En otras comorbilidades: En pacientes con trastorno comórbido por abuso de sustancias, se encuentran ilustraciones de la eficacia de MERIT mediante estudios de caso (James et al., 2018). En este estudio, el trabajo con MERIT permitió al paciente pasar de un estado de grave desorganización mental, a un estadio con buenas capacidades metacognitivas que le permitieron reflexionar y actuar sobre el rol que jugaba el abuso de sustancias en su vida, consiguiendo reducir de modo muy significativo su consumo, lo que se acompañó de reducción de la sintomatología clínica.

En relación a otras comorbilidades, la investigación es escasa. En este sentido, consideramos necesario realizar ensayos clínicos aleatorizados y abiertos de MERIT en un contexto naturalista, es decir, en consultas rutinarias de salud mental, donde la comorbilidad es la regla.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA TERAPIA MERIT

- La metacognición es la capacidad de formar ideas integradas sobre uno/a mismo/a y los demás y de utilizar esa capacidad para responder a los retos de la vida. MERIT utiliza la relación terapéutica como plataforma de autoexploración para ayudar a los clientes a reconocer e integrar la variedad de experiencias personales, incluidos recuerdos, esperanzas, sueños, emociones y creencias, e integrarlas en ideas más complejas sobre uno mismo y los demás.
- La intención de MERIT es ayudar a los/as clientes a formar ideas más integradas sobre sí mismos y los demás con el objetivo de aumentar su capacidad para responder de forma más adaptativa a los retos sociales y psicológicos y, en última instancia, vivir sus vidas de una forma más rica y gratificante.
- En el caso de pacientes con psicosis, MERIT ha demostrado que, por término medio, los/as pacientes pasaron de ver sus pensamientos como hechos a reconocer sus pensamientos como subjetivos y cambiantes. Por lo tanto, MERIT podría ser un enfoque terapéutico útil para pacientes cuya autorreflexión es demasiado limitada para beneficiarse de otras terapias como la TCC.
- Los resultados clínicos también sugieren MERIT podría capacitar a los/as pacientes para enfrentarse a sus retos de una forma más activa, lo que en última instancia les daría más control sobre los problemas de la vida diaria.

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

REFERENCIAS - INTRODUCCIÓN CAPÍTULO

Díaz-Cutraro L, García-Mieres H, Dimaggio G, Lysaker P, Moritz S, Ochoa S, Metacognición en psicosis: ¿Qué y c ómo la evaluamos?, Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona) (2022), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.09.003>

Flavell J. Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol 1979; 34 (10): 906-11.

REFERENCIAS - EMC

Ahuir M, Cabezas Á, Miñano MJ, Algora MJ, Estrada F, Solé M, Gutiérrez-Zotes A, Tost M, Barbero JD, Montalvo I, Sánchez-Gistau V, Monreal JA, Vilella E, Palao D, Labad J (2018). Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial. Psychiatry Res. 270:720-723. doi:10.1016/j.psychres.2018.10.066

Andreou, C., Steinmann, S., Leichta, G., Kolbecka, K., Moritz, S., Mulerta, Ch. (2018). fMRI correlates of jumping-to-conclusions in patients with delusions: Connectivity patterns and effects of metacognitive training. Neuroimage: Clinical, 20, 119-127, doi: 10.1016/j.nicl.2018.07.004

Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Moritz, S. (2017). Individualized metacognitive therapy for delusions: A randomized controlled rater-blind study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 56, 144–151. doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.013.

Barnicot, K., Michael, C., Trione, E., Lang, S., Suanders, T., Sharp, M., & Crawford, M.J. (2020) Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 82:101929. doi:10.1016/j.cpr.2020.101929

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 319–329. doi:10.1016/S0920-9964(03)00189-0

Birulés I, López-Carrilero R, Cuadras D, Pousa E, Barrigón ML, Barajas A, Lorente-Rovira E, González-Higuera F, Grasa E, Ruiz-Delgado I, Cid J, de Apraiz A, Montserrat R, PélaezT, Moritz S, The Spanish Metacognition Study Group, Ochoa S. (2020). Cognitive Insight in First-Episode Psychosis: Changes during Metacognitive Training. *J Pers Med*. 2020 Nov 27;10(4):253. doi:10.3390/jpm10040253

Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., ... Vandel, P. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 157(1–3), 99–106.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.005>

Buonocore, M., Bosia, M., Riccaboni, R., Bechi, M., Spangaro, M., Piantanida, M., ... Cavallaro, R. (2015). Combined neurocognitive and metacognitive rehabilitation in schizophrenia: Effects on bias against disconfirmatory evidence. *European Psychiatry*, 30(5), 615–621. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.02.006>

Corral, L., Labad, J., Ochoa, S., Cabezas, A., Muntané, G., Valero, J., Sanchez-Gistau,V., Ahuir, M., Gallardo-Pujol, D., Crosas,

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

J.M., Palao, D., Vilella, E., & Gutierrez-Zotes, A. (2021). Cognitive biases questionnaire for psychosis (CBQp): Spanish validation and relationship with cognitive insight in psychotic patients. *Front Psychiatry*, 11:596625.
doi:10.3389/fpsyg.2020.596625

Cotter J, Yung AR, Carney R, Drake RJ. (2017). Metacognitive beliefs in the at-risk mental state: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.*, 90:25-31.
doi:10.1016/j.brat.2016.12.004

Davies G, Greenwood K.J. (2020). A meta-analytic review of the relationship between neurocognition, metacognition and functional outcome in schizophrenia. *Mental Health*, 29(5):496-505. <https://doi:10.1080/09638237.2018.1521930>

Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (mct) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 952–962.

Fischer, R., Scheunemann, J., Bohlender, A., Duletzki, P., Nagel, M., & Moritz, S. (2022). 'You are trying to teach us to think more slowly!': Adapting metacognitive training for the acute care setting – a case report. *Clin Psychol Psychother*, 29(6):1877-1885.
doi:10.1002/cpp.2755.

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911. doi:10.1037/0003-066X.34.10.906

Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory

delusions. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:425–457.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>

González, L. E., López-Carrilero, R., Barrigón, M. L., Grasa, E., Barajas, A., Pousa, E., ... Ochoa, S. (2018). Neuropsychological functioning and jumping to conclusions in recent onset psychosis patients. *Schizophrenia Research*, 195, 366–371.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.039>

González-Blanch C, González-Blanch C, Birulés I, Pousa E, Barrigón ML, López-Carrilero R, Lorente-Rovira E, Ayesa-Arriola R, Setien-Suero E, Barajas A, Grasa EM, Ruiz-Delgado I, González-Higueras F, Cid J, Ochoa S. (2021). Moderators of cognitive insight outcome in metacognitive training for first-episode psychosis. *Journal of Psychiatry Research*, 141:104-110.
doi:10.1016/j.jpsychires.2021.06.040

Gutierrez-Zotes, J.A., Valero, J., Cortes, M.J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., Carlson, J., Bernardo, M., Cañizares, S., Escartin, G., Cañete, J., Gallo, P., Salamero, M. (2012). Spanish adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(1):2-9

Jiang, J., Zhang, L., Zhu, Z., Li, W., Li, C. Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2015 Jun 25;27(3):149-57.
doi:10.11919/j.issn.1002-0829.215065

Leanza, L., Studerus, E., Bozikas, V.P., Moritz, S., Andreou, C.J. (2020). Moderators of treatment efficacy in individualized metacognitive training for psychosis (MCT+). *Behav Ther Exp Psychiatry*. 2020 Sep;68:101547.
doi:10.1016/j.jbtep.2020.101547

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

Lopez-Morinigo, J.D., Ajnakina. O., Sánchez-Escribano, A., Escobedo-Aedo. P.J., González, V., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., David, A.S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(14):2289-2301.
doi: 10.1017/S0033291720003384

Liu, Y.-C., Tang, C.-C., Hung, T.-T., Tsai, P.-C., & Lin, M.-F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 130–139.
doi:10.1111/wvn.12282

Marker, K. (2003). COGPACK manual version 5.9. Ladenburg: Marker Software.

Moritz, S., Thoering, T., Kuhn, S., Willenborg, B., Westermann, S., & Nagel, M. (2015). Metacognition-augmented cognitive remediation training reduces jumping to conclusions and overconfidence but not neurocognitive deficits in psychosis. *Frontiers in Psychology*, 6.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01048>

Minor, K.S. & Lysaker, P.H. (2014). Necessary, but not sufficient: links between neurocognition, social cognition, and metacognition in schizophrenia are moderated by disorganized symptoms. *Schizophrenia Research*, 159(1):198-204.
doi: 10.1016/j.schres.2014.08.005

Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., et. al. (2011). Further evidence for the efficacy of

a metacognitive group training in schizophrenia. Behav. Res. Ther. 49, 151–157. doi:10.1016/j.brat.2010. 11.010

Moritz S, Bentall RP, Kolbeck K, Roesch-Ely D. (2017). Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia. Schizophr Res, 193:77-82.
doi:10.1016/j.schres.2017.06.057

Moritz, S., Menon, M., Andersen, D., Woodward, T.S. & Gallinat, J. (2018). Moderators of symptomatic outcome in Metacognitive Training for Psychosis (MCT). Who benefits and who does not? Cognitive Therapy and ResearchCognitive Therapy and Research volume 42, 80–91.

Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L., ... Roesch-Ely, D. (2014). Sustained and “sleeper” effects of group metacognitive training for schizophrenia a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 71(10), 1103–1111.
doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1038

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. Schizophrenia Research, 151(1–3), 61–69.
doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007a). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. German Journal of Psychiatry, 10(3), 69–78.

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007b). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619–625. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e3282f0b8ed>.

Naughton M, et al. (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC* 18;5:302.
<https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-302>

Nelson, T. & Narens, L. (1990). Metamemory: a theoretical framework and new findings. *The psychology of learning and motivation*, 26:125–173.

Ochoa, S., López-Carrilero, R., Barrigón, M. L., Pousa, E., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., ... Spanish Metacognition Study Group. (2017). Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis. *Psychological Medicine*, 47(9), 1573–1584.
doi:10.1017/S0033291716003421

Orcel, O., Urben, S., Lambelet, F., Hafil, M., Jaugey, L., Holzer, L. (2013). Entraînement métacognitif en groupe chez des adolescents souffrant de psychose : étude de cas multiples. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 4(18):5-19.

Parker, S.K. , Mulligan. L.D., Milner. P., Bowe, S., Palmier-Claus, J.E. (2020). Metacognitive Therapy for Individuals at High Risk of Developing Psychosis: A Pilot Study. *Front Psychol*, 17;10:2741.

Penney D, Sauvé G, Mendelson D, Thibaudeau É, Moritz S, Lepage M. (2022). Immediate and sustained outcomes and

moderators associated With Metacognitive Training for Psychosis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 1;79(5):417-429.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0277

Peters, E., Moritz, S., Schwannauer, M., Wiseman, Z., Greenwood, K.E., Scott, J., Beck, A.T., Donaldson, C., Hagen, R., Ross, K., Veckenstedt, R., Ison, R., Williams, S., Kuipers, E., & Garety, P.A. (2014). Cognitive biases questionnaire for psychosis. *Schizophr Bull*, 40:300–13.
doi:10.1093/schbul/sbs199

Philipp , R., Kriston, L., Lanio , J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG), *Clin Psychol Psychother*, 26(2):227-240. doi:10.1002/cpp.2345

Pos K, Meijer CJ, Verkerk O, Ackema O, Krabbendam L, de Haan L. Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: an experience sampling study testing treatment effects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018 Feb;268(1):57-64. doi:10.1007/s00406-017-0833-7

Ruiz-Delgado I, Moreno-Küstner B, García-Medina M, Barrigón ML, Gonzalez-Higuera F, López-Carrilero R, Barrios-Mellado I, Barajas A, Pousa E, Lorente-Rovira E, Grasa E, Cid J, Barral-Sastre P, Moritz S, Spanish Metacognition Group, Ochoa S. Is Metacognitive Training effective for improving neurocognitive function in patients with a recent onset of psychosis? *Psychiatry Res*. 2022 Dec;318:114941.
doi:10.1016/j.psychres.2022.114941

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

Salas-Sender M, López-Carrilero R, Barajas A, Lorente-Rovira E, Pousa E, Barrigón ML, Grasa E, Ruiz-Delgado I, González-Higuera F, Cid J, Aznar A, Pélaez T, Birulés I, Moritz S, The Spanish Metacognition Study Group, Ochoa S. (2020). Gender differences in response to metacognitive training in people with first-episode psychosis. *J Consult Clin Psychol*, 88(6):516-525. doi:10.1037/ccp0000468

Sauvé, G., Lavigne, K.M., Pochet, G., Brodeur, M.B., Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78:101854. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101854

Ussorio, D., Giusti, L., Wittekind, C. E., Bianchini, V., Malavolta, M., Pollice, R., ... Roncone, R. (2016). Metacognitive training for young subjects (MCT young version) in the early stages of psychosis: Is the duration of untreated psychosis a limiting factor? *Psychology and Psychotherapy*, 89(1), 50–65. doi:10.1111/papt.12059

Van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A.B.P., van der Gaag, M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med*, 46(1):47-57. doi:10.1017/S0033291715001105

World Health Organization. (2023). Package of interventions for rehabilitation. Module 8. Mental health conditions. Geneva: World Health Organization (Package of interventions for rehabilitation). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071285>

REFERENCIAS - MERIT

- Austin, S. F., Lysaker, P. H., Jansen, J. E., Trauelson, A. M., Pedersen, M. B., Simonsen, E., Nielsen, H.-G. L., Pedersen, M. B., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2019). Metacognitive capacity and negative symptoms in first episode psychosis : Evidence of a prospective relationship over a 3-year follow-up. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1177/2043808718821572>
- Bargenquast, R., & Schweitzer, R. D. (2014). Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: A pilot study of Metacognitive Narrative Psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 338–356. <https://doi.org/10.1111/papt.12019>
- Belanger, E. A., Leonhardt, B. L., George, S. E., Firmin, R. L., & Lysaker, P. H. (2018). Negative symptoms and therapeutic connection: A qualitative analysis in a single case study with a patient with first episode psychosis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 171–187.
<https://doi.org/10.1037/int0000107>
- Cheli, S. (2020). Assessment and treatment planning for schizotypal personality disorder: A metacognitively oriented point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(4), 335–343.
<https://doi.org/10.1037/prj0000429>
- Cheli, S., Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2019). Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series. *Personality and Mental Health*, 13(3), 155–167.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1447>

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

de Jong S, Hasson-Ohayon I, van Donkersgoed R, Aleman A, Pijnenborg GHM. A qualitative evaluation of the effects of Metacognitive Reflection and Insight Therapy: 'Living more consciously'. *Psychol Psychother.* 2020 Jun;93(2):223-240.
doi:10.1111/papt.12212.

de Jong, S., van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., aan het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., van Der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303–313.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000855>

de Jong, Steven, van Donkersgoed, R. J. M., Aleman, A., van der Gaag, M., Wunderink, L., Arends, J., Lysaker, P. H., & Pijnenborg, M. (2016). Practical implications of metacognitively oriented psychotherapy in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 713–716.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000564>

García-Mieres, H., Lundin, N. B., Minor, K. S., Dimaggio, G., Popolo, R., Cheli, S., & Lysaker, P. H. (2020). A cognitive model of diminished expression in schizophrenia: The interface of metacognition, cognitive symptoms and language disturbances. *Journal of Psychiatric Research*, 131(September), 169–176.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.008>

Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Lavi-Rotenberg, A., Luther, L., & Lysaker, P. H. (2018). The centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 202, 260–266.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.007>

-
- Hillis, J. D., Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., Buck, K. D., Salvatore, G., Popolo, R., Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognitive Reflective and Insight Therapy for people in early phase of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 125–135. <https://doi.org/10.1002/jclp.22148>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armedáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235–1244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>
- Inchausti, F., Sanchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Lysaker, P. H. (2019). La terapia metacognitiva en psicosis. In E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 391–414). Pirámide.
- James, A. V., Leonhardt, B. L., & Buck, K. D. (2018). Metacognitive Reflection and Insight Therapy for schizophrenia: Case study of a patient with a co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 155–163.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180038>
- Kukla, M., Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2013). Do persons with schizophrenia who have better metacognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery? *Psychiatry Research*, 209(3), 381–385.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.014>
- Leonhardt, B. L., Benson, K., George, S., Buck, K. D., Shaieb, R., & Vohs, J. L. (2016). Targeting insight in first episode psychosis:

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

A case study of Metacognitive Reflection Insight Therapy (MERIT). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 207–216.
<https://doi.org/10.1007/s10879-016-9332-9>

Leonhardt, B. L., Ratliff, K., & Vohs, J. L. (2018). Recovery in First-Episode Psychosis: A Case study of Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT). *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 128–134.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180032>

Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannessen, J. K., Nicolo, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64–71.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x>

Lysaker, Paul H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2010). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 58–69. <https://doi.org/10.1348/147608310X520436>

Lysaker, Paul H., Buck, K. D., & Hamm, J. A. (2011). Metacognition Assessment Scale: A brief overview and coding manual for the abbreviated version. Indiana University School of Medicine.

Lysaker, Paul H., Buck, K., & Hamm, J. A. (2016). Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada. *Rev GPU*, 12(2), 174–190.

Lysaker, Paul H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K. D., Davis, L. W., & Nicolò, G. (2010). Metacognition and schizophrenia: The capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122(1–3), 124–130.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.024>

Lysaker, Paul H., Erickson, M. A., Buck, B., Buck, K. D., Olesek, K., Grant, M. L. A., Salvatore, G., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in schizophrenia: Associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(3), 241–255.

<https://doi.org/10.1080/13546805.2010.530470>

Lysaker, Paul H., Gagen, E., Klion, R., Zalzala, A., Vohs, J., Faith, L. A., Leonhardt, B., Hamm, J., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Metacognitive reflection and insight therapy: A recovery-oriented treatment approach for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 331–341.

<https://doi.org/10.2147/PRBM.S198628>

Lysaker, Paul H., & Klion, R. (2017). Recovery, meaning-making, and severe mental illness: A comprehensive guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy. (1st ed.). Routledge.

Lysaker, Paul H., Minor, K. S., Lysaker, J. T., Hasson-Ohayon, I., Bonfils, K., Hochheiser, J., & Vohs, J. L. (2020). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100142.

<https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100142>

2.6.2. TERAPIA MERIT EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

Lysaker, Paul H., Vohs, J., Hamm, J. A., Kukla, M., Minor, K. S., de Jong, S., van Donkersgoed, R., Pijnenborg, M. H. M., Kent, J. S., Matthews, S. C., Ringer, J. M., Leonhardt, B. L., Francis, M. M., Buck, K. D., & Dimaggio, G. (2014). Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *Journal of Psychiatric Research*, 55, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.04.011>

Mcleod, H. J., Gumley, A. I., Macbeth, A., Schwannauer, M., & Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 109–115.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.018>

Minor, K. S., Willits, J. A., Marggraf, M. P., Jones, M. N., & Lysaker, P. H. (2019). Measuring disorganized speech in schizophrenia: automated analysis explains variance in cognitive deficits beyond clinician-rated scales. *Psychological Medicine*, 49(3), 440–448. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001046>

Philipp R, Kriston L, Lanio J, Kühne F, Härter M, Moritz S, Meister R. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clin Psychol Psychother*. 2019 Mar;26(2):227-240. doi: 10.1002/cpp.2345.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238–261.
<https://doi.org/10.1002/cpp.362>

Vohs, J. L., Leonhardt, B. L., James, A. V., Francis, M. M., Breier, A., Mehdiyoun, N., Visco, A. C., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive Reflection and Insight Therapy for early psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia Research*, 195, 428–433.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.041>

2.7.

INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Esther Lorente-Rovira¹, José Manuel García Montes²

¹Hospital Clínico de Valencia. CIBERSAM, ISCIII.

²Departamento de Psicología. Universidad de Almería.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN MINDFULNESS Y TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Mindfulness es una práctica de meditación que implica aprender a observar las sensaciones, y las reacciones de uno a éstas, con claridad, amabilidad y conciencia no enjuiciadora, y al hacerlo dejar ir las habituales reacciones contraproducentes a las experiencias difíciles (Chadwick, 2014). Por intervenciones basadas en mindfulness se entiende un grupo heterogéneo de intervenciones en las que el mindfulness es un componente importante. Entre las más comunes en el campo de la psicosis podríamos citar la terapia cognitiva basada en la persona (PBCT; Chadwick et al., 2009), los grupos de psicoeducación basados en mindfulness (i.e., Chien et al., 2017) y los abordajes centrados en la compasión (Heriot-Maitland et al., 2019).

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) (Hayes et al., 1999) constituye uno de los desarrollos más recientes del contextualismo funcional, proveniente del conductismo radical skinneriano, en el tratamiento de diversos problemas que presentan pacientes que viven en la comunidad (Dougher & Hayes, 2000; Kohlenberg et al., 1993). En su presentación más actual la terapia se basa en 6 procesos centrales: aceptación, contacto con el momento presente, defusión, yo-como-contexto, acción comprometida y dirección guiada por valores, que se podrían resumir en 3 grandes estilos de respuesta: abierto, centrado y comprometido.

La Figura 1 ilustra los procesos centrales y estilos de respuesta promovidos por ACT:

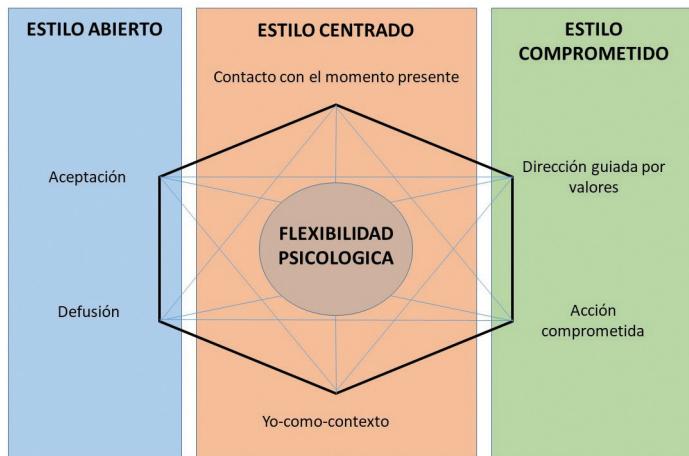


Figura 1. Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) según ACT.

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Tomados de forma global, estos objetivos de intervención pretenden incrementar la flexibilidad psicológica, esto es, las actuaciones de la persona que son acordes con sus valores y metas, aunque esté en presencia de pensamientos o sentimientos que pudieran interferir con dichas acciones, produciéndose así un incremento de la capacidad de apreciar lo que la situación actual o el contexto permiten hacer (Hayes et al., 2014). La investigación existente parece respaldar, en efecto, que la flexibilidad (o inflexibilidad psicológica, si se quiere ver desde el lado de la patología) es un relevante factor transdiagnóstico (Levin et al., 2014).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Con respecto a la evaluación del beneficio de estas intervenciones, expertos como Chadwick (2014) clarifican que la reducción o eliminación de los síntomas no es el objetivo primario del mindfulness aplicado a pacientes con psicosis que genera malestar. La premisa detrás de la intervención es que cuando los síntomas persisten, las personas pueden aprender a responder a ellos de forma diferente y por tanto tener menos estrés y estar menos incapacitados por ellos. Se plantea, por tanto, que el resultado principal sea una medida general de bienestar psicológico. En esta línea, algunos estudios incluyen estas medidas (i.e., CORE), sin embargo, la mayor parte de la literatura no lo hace, y de hecho las medidas de resultado más habituales en los metanálisis son sobre síntomas y, en menor medida, funcionamiento.

Instrumentos que evalúan el mindfulness:

- *Cuestionario de las Cinco Facetas del Mindfulness* (Five Facets Mindfulness Questionnaire, FFMQ, Baer et al., 2008; va-

lidación al castellano en población general y psiquiátrica de Cebolla et al., 2012). Este cuestionario es un intento de unificar los cuestionarios de mindfulness más utilizados, ya que está basado en los resultados de la evaluación factorial de cinco cuestionarios y posee buenas propiedades psicométricas. A través de 39 ítems que se puntúan en una escala de tipo Likert, evalúa 5 facetas del mindfulness disposicional (rasgo): observación (notar o atender a las experiencias internas como sensaciones, pensamientos o emociones y a los fenómenos externos), descripción (etiquetar las sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos, emociones o experiencias con palabras), actuación consciente (centrarse en la actividad momento a momento como opuesto a actuar mecánicamente), no juzgar la experiencia interna (tomar una postura no evaluativa hacia los pensamientos y las emociones) y la no reactividad a la experiencia interna (permitir el libre flujo de pensamientos y emociones sin verse atrapado por ellos o sin rechazarlos).

- *Cuestionario de Experiencias – Descentralamiento* (The Experiences Questionnaire-Decentering EQ-D; Fresco et al., 2007; validación en español incluyendo muestras psiquiátricas y de población general de Soler et al., 2014). Consta de 11 ítems que se puntúan en una escala de tipo Likert, y evalúa un aspecto particular y asociado al mindfulness como es la capacidad de descentramiento, que hace referencia a la capacidad de los pensamientos y emociones de uno/a mismo y observarlos como fenómenos temporales de la mente (Safra & Segal, 1990). Evalúa 3 aspectos del descentramiento: la habilidad de no verse a uno mismo como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas de uno y la capacidad para la autocompasión (Fresco et al., 2007).

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Instrumentos de evaluación de ACT:

- Cuestionario de Aceptación-Acción (AAQ-II, Bond et al., 2011; versión española de Ruiz et al., 2013): Se trata de un instrumento de 7 ítems que mide evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Los ítems reflejan una falta de apertura para experimentar emociones y pensamientos molestos (p.ej., "tengo miedo de mis sentimientos") y una falta de capacidad de estar en el momento presente y dirigirse a objetivos valiosos (p.ej., "mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea difícil vivir la vida que querría). Los reactivos se contestan en una escala tipo Likert que va de 1 (nunca es verdad) a 7 (siempre es verdad). La versión española cuenta con buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad medida por el coeficiente α de Cronbach que va, dependiendo de la muestra, de 0.75 a 0.93. y altas correlaciones con medidas generales de psicopatología y calidad de vida. Recientemente se ha cuestionado si realmente el cuestionario mide evitación experiencial o, más bien, un factor general de neuroticismo (Valencia, 2019).
- Voices Acceptance and Action Scale (VAAS, Shawyer et al., 2007): Se trata de un instrumento específico diseñado para evaluar el grado de aceptación que tiene la persona de sus experiencias alucinatorias. Consta de 31 ítems agrupados en dos secciones, una primera que mide aceptación y acción (p.ej., "Acepto el hecho de que escucho voces") y una segunda que se refiere en concreto a las voces que dan órdenes al cliente. El instrumento se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos que irían de "fuertemente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". La escala tiene una fiabilidad aceptable y correlaciona, en la dirección esperada, con niveles de depresión, calidad de vida y mecanismos de afrontamiento. Más recientemente se han desarrollado dos versiones abreviadas de la prueba, una

de 12 ítems y otra de tan sólo 9 (Brockman et al., 2015). Ambas versiones han mostrado ser instrumentos de medida fiables y válidos. Igualmente, las dos versiones breves de la escala presentan una asociación considerable con otras medidas de bienestar emocional, ansiedad, estrés y afecto negativo en general. De las tres versiones existentes de VAAS, se recomienda utilizar la de 9 ítems si se quiere evaluar psicométricamente la apertura a la experiencia de oír voces.

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN MINDFULNESS Y TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Existen tres revisiones y metaanálisis recientes que revisan de forma conjunta la eficacia de las intervenciones basadas en ACT y mindfulness en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia (Cramer et al., 2016; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020). El más reciente de ellos, el de Jansen et al. (2020), incluyó 16 ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Encontraron tamaños del efecto de moderados a grandes para la sintomatología global y las hospitalizaciones, tamaños del efecto significativos pequeños para síntomas negativos, efectos de pequeños a moderados para depresión, funcionamiento social y mindfulness, tamaños del efecto de moderados a grandes para aceptación. No se encontraron efectos significativos para síntomas positivos, ansiedad, o calidad de vida. Concluyen, por tanto, que se tratan de intervenciones efectivas y seguras. En el estudio de Louise et al (2018) cabe destacar que el tamaño del efecto encontrado para mindfulness es superior al de ACT, a pesar de ser ambas significativas. Cabe destacar que en la revisión sistemática de Solmi et al (2023) se destaca que la ACT y el mindfulness tienen efectos moderados-grandes sobre la depresión, prevención de recaídas y hospitalizaciones, y sobre síntomas y funcionalidad, respectivamente.

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

En pacientes con psicosis de inicio reciente, Li et al. (2019) realizaron una revisión sistemática a partir de una búsqueda de trabajos controlados y no controlados sobre intervenciones basadas en mindfulness (mindfulness, ACT, e intervenciones basadas en compasión), publicados entre enero de 2000 y agosto de 2019. Incluyeron en la revisión finalmente 8 trabajos, de los cuales 7 eran estudios no controlados, y 1 era un estudio controlado aleatorizado (MacDougall et al., 2018). Se trataba en todos los casos de estudios piloto con muestras pequeñas (entre 3 y 17 pacientes). Concluyeron que estas intervenciones son viables y aceptadas para personas con psicosis de inicio reciente.

A continuación, presentaremos de forma independiente la evidencia que analiza intervenciones basadas en mindfulness e intervenciones basadas en aceptación.

INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS

a. Esquizofrenia

Existen varias revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes (Potes et al., 2018; Hodann-Caudetila et al., 2020; Liu et al., 2021; Mc Glanaghy et al., 2021) que refieren efectos clínicos de las intervenciones basadas en mindfulness en pacientes con esquizofrenia.

Potes et al. (2018) realizaron una revisión sistemática para valorar la eficacia del mindfulness (excluyendo ACT y terapias de compasión) en trastorno mental grave y persistente (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno psicótico y síntomas psicóticos persistentes). Incluyeron 6 ECA, 7 estudios prospectivos y 1 estudio retrospectivo. Obtuvieron mejorías clínicas en síntomas psicóticos, y en síntomas depresivos, cognición, mindfulness y factores psicosociales y vocacionales.

Hodann-Caudevil et al. (2020) analizaron la evidencia empírica de las intervenciones basadas en mindfulness (excluyendo abordajes basados en terapias de tercera generación, como ACT o terapia dialéctica conductual) para la mejoría de parámetros clínicos asociados a la esquizofrenia. Incluyeron en su metaanálisis 10 ECA. Los resultados mostraban que estas intervenciones, combinadas con las intervenciones estándar, eran capaces de generar mejorías significativas en una variedad de parámetros clínicos relacionados con la esquizofrenia: intensidad de la sintomatología general (tamaño del efecto de moderados a grandes), síntomas positivos (tamaño del efecto pequeño a moderado), síntomas negativos (tamaño del efecto pequeño a moderado), nivel de funcionamiento (tamaño del efecto grande) y conciencia de enfermedad (tamaño del efecto moderado). Concluían, por tanto, que había evidencia que apoyaba la efectividad y seguridad de las intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de personas con esquizofrenia. Señalaban, sin embargo, que dada la heterogeneidad de las intervenciones aplicadas y las limitaciones metodológicas encontrados en los ensayos revisados, los resultados deberían interpretarse con cautela.

Liu et al. (2021) realizaron un metaanálisis sobre intervenciones basadas en mindfulness para evaluar sus efectos en síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas depresivos, ansiedad y rehospitalizaciones. Identificaron 9 ECA, mostrando los resultados una disminución de los síntomas positivos, negativos, depresivos y la duración de la rehospitalización y que la mayoría en síntomas negativos se mantenía en el seguimiento a 6 meses.

Además, una meta-revisión de 17 metaanálisis de ECA sobre intervenciones basadas en la meditación cuerpo-mente realizada recientemente (Vancampfort et al., 2021) concluía que se encontraba un efecto del tamaño grande, en estudios con buena calidad

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

metodológica y de contenido, para el mindfulness en esquizofrenia, planteándose como un suplemento eficaz a la farmacoterapia y la psicoterapia intervenciones para mantener un estilo de vida saludable en los pacientes con trastorno mental.

Con el objetivo de estudiar el impacto en los síntomas de las distintas intervenciones psicológicas, Mc Glanaghy et al. (2021) identificaron 94 ECA sobre tratamientos psicológicos en pacientes con esquizofrenia y psicosis que tuvieran datos de resultados sobre síntomas. La revisión sistemática identificó 42 intervenciones distintas, de las cuales, dos de ellas resultaron las más eficaces para reducir los síntomas. En primer lugar, la psicoeducación basada en mindfulness y en segundo lugar la TCC con entrenamiento de habilidades sociales. Los/as autores señalaron que con respecto al mindfulness todas las publicaciones incluidas son chinas y habría que estudiar si los hallazgos son generalizables internacionalmente.

Por consiguiente, los estudios realizados en población de pacientes con esquizofrenia son rigurosos metodológicamente y encuentran que las intervenciones basadas en mindfulness son viables, seguras y eficaces. Sin embargo, fundamentalmente cabe señalar que la heterogeneidad de las intervenciones incluidas en este epígrafe es muy grande, y que las publicaciones con mayor eficacia son chinas por lo que habría que ser prudente a la hora de hacer recomendaciones concretas en poblaciones occidentales, no solo por el contexto cultural sino también por los sesgos en el proceso de aleatorización detectados en algunos metaanálisis.

b. Primer episodio psicótico

Vignaud et al. (2019) realizaron una revisión sistemática, a partir de una selección de 8 trabajos, sobre la eficacia del mindfulness en pacientes con PEP o pacientes con esquizofrenia de inicio re-

ciente (menos de 5 años del trastorno mental). Se trataba de 5 estudios no controlados y de 3 estudios controlados. Concluyeron que en PEP las intervenciones basadas en mindfulness eran bien toleradas y tenían un nivel satisfactorio de adherencia. Los beneficios clínicos constaron primariamente en una reducción de la ansiedad y la tristeza, así como mejora en la calidad de vida. Ningún estudio informó de aumento de síntomas positivos.

Perlini et al. (2020) revisaron intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a la fase temprana de las psicosis (afectivas y no afectivas), revisando un total de 7 estudios sobre pacientes con PEP. De éstos, solo uno de ellos era un estudio controlado aleatorizado (MacDougall et al., 2019). Pese a la diversidad de abordajes incluidos en el epígrafe Intervenciones basadas en mindfulness, los autores concluyeron que los estudios disponibles evidenciaban que eran abordajes viables, bien-tolerados y efectivos para mejorar síntomas, funcionamiento, regulación emocional, y finalmente reducir el malestar psicológico asociado con el inicio de la manía y/o la experiencia psicótica, concluyendo que se trataba de intervenciones coadyuvantes prometedoras. Planteaban como limitaciones el tamaño pequeño de la muestra, e inconsistencias entre estudios en términos de diseño, protocolos de intervención y medidas de resultado. Además, señalaron la necesidad de adaptar los protocolos de mindfulness existentes a poblaciones de personas jóvenes con primeros episodios psicóticos y trastornos afectivos.

Por consiguiente, por las limitaciones ya referidas por Perlini et al. (2020), es necesario ser cautelosos con respecto a la generalización de los resultados, pudiendo en estos momentos simplemente afirmar que se trata de una intervención coadyuvante prometedora para tratar la psicosis en sus fases iniciales. Son necesarios más estudios con muestras más amplias y metodológicamente más rigurosos.

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

c. Estado mental de alto riesgo de psicosis

Vignaud et al. (2019) realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia del mindfulness en pacientes con riesgo de transición a psicosis; sólo un estudio cumplió criterios de inclusión. Se trata del estudio piloto de Álvarez-Jiménez et al. (2018) en el que participaron 14 sujetos: no aparecieron efectos indeseables y mejoraron el funcionamiento social y las habilidades de mindfulness, encontrándose una correlación entre esta puntuación y la de bienestar.

Perlini et al. (2020) revisaron intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a la fase temprana de las psicosis, revisando un total de 9 estudios, 7 de ellos sobre pacientes con PEPs y 2 de ellos con pacientes EMAR. En lo que respecta a los/as pacientes EMAR, los estudios revisados son los de Cotton et al. (2016) y el de Álvarez-Jiménez et al. (2018). El estudio de Cotton et al. (2016) en población joven con riesgo de desarrollar trastorno bipolar obtuvo mejoras en las habilidades de mindfulness y de niveles de ansiedad. Los autores de la revisión concluyeron que las intervenciones basadas en mindfulness en estas poblaciones eran útiles para mejorar el nivel de funcionamiento y los niveles de ansiedad.

Por consiguiente, la literatura es muy escasa en poblaciones de EMAR. Los resultados obtenidos en los estudios y revisiones, aunque favorables en algunos aspectos, no pueden ser concluyentes.

INTERVENCIONES BASADAS EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Por lo que respecta específicamente al campo de la psicosis existe un metaanálisis (Brown et al., 2021) y dos revisiones sistemáticas que han analizado este campo (Wakefield et al., 2018; Yıldız,

2020). Curiosamente los trabajos llegan a conclusiones, en parte, diferentes. Así Brown et al. (2021) identificaron 7 ensayos clínicos publicados sobre el tema y 8 no publicados, de los cuales sólo les fue posible obtener los datos de uno. Su metaanálisis se centró principalmente en la sintomatología psicótica, aunque también tuvieron en cuenta datos de re-hospitalización. Así concluyeron que la ACT tiene un efecto pequeño, y no significativo, en comparación con las intervenciones con las que se comparó (lista de espera y una intervención conocida como “Befriending”), a la hora de reducir la sintomatología psicótica, pudiendo llegar a ser más eficaces las intervenciones de ACT en grupo que las individuales, cuando se analizan por separado ambos formatos de aplicación del tratamiento. Su recomendación a los clínicos sería la prudencia a la hora de aplicar ACT a pacientes diagnosticados de psicosis, ya que la eficacia de la intervención no ha sido convenientemente establecida y existe una escasez de datos en relación con posibles daños.

Por su parte, Wakefield et al. (2018) identificaron 13 ECA sobre los que se centró su revisión sistemática, si bien solo 8 se refieren a datos originales; aspecto que es criticado por Brown et al. (2021). Las 5 publicaciones restantes vuelven a analizar los datos originales. La duración de la intervención oscila entre las 2 y las 24 sesiones. Estas sesiones, a su vez, podrían tener una duración que iría entre los 45 minutos y las dos horas. En los ECA considerados en esta revisión sistemática se incluyen resultados tan variados como tasas de re-hospitalización, credibilidad de los síntomas, humor o desenvoltura de la persona en su vida cotidiana. Se señalaron igualmente que el instrumento más utilizado para medir flexibilidad psicológica es el AAQ-II (Bond et al., 2011). Wakefield et al. (2018) concluyeron que existe una creciente evidencia de que ACT es una intervención de utilidad para personas con psicosis, tanto en contextos hospitalarios como comunitarios y tanto

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

para primeros episodios psicóticos como para pacientes con una cierta cronicidad. Igualmente consideraron que la aplicación de la intervención puede redundar en una disminución de la tasa de re-hospitalizaciones y de la inflexibilidad psicológica de la gente que experimenta síntomas psicóticos. Expresamente se advierte que la intervención mediante ACT puede llevar aparejada un incremento en el reconocimiento de experiencias psicóticas por parte del paciente y que, paradójicamente, este resultado debería interpretarse como una evidencia a favor de ACT siempre que disminuya la credibilidad que se da a los mismos. Igualmente, como hacen Brown et al. (2021), ponderaron los beneficios de las intervenciones grupales sobre las individuales.

Por último, la revisión sistemática de Yildiz (2020) incluyó 11 ECA, el 82 % de los cuales fueron publicados después de 2010. Las poblaciones a las que se aplicaron las intervenciones mediante ACT también fueron variadas según los estudios revisados. Así, por ejemplo, en dos de ellos se incluían participantes con psicosis y trauma. En otro estudio los y las participantes presentaban un diagnóstico dual de psicosis y adicción a la meta-anfetamina. Los resultados de la revisión de Yildiz (2020) permitieron concluir que ACT era efectiva para abordar la depresión, la ansiedad y las alucinaciones de personas diagnosticadas de psicosis. Yildiz (2020) destacaba en su trabajo la heterogeneidad de los estudios y la necesaria combinación de ACT con la medicación antipsicótica, una constante en todos los ECA que analizó.

En un estudio más reciente en personas con un primer episodio psicótico y EMAR se destaca que la ACT mejoraba la funcionalidad y los síntomas negativos, a pesar de tratarse de resultados preliminares estos sugieren que puede ser una intervención aplicable en los primeros estadios de la enfermedad (Myin-Germeys et al., 2022).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

- Por consiguiente, tras la revisión de la literatura podemos concluir que sí existe evidencia sobre la seguridad y eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para la población de pacientes con esquizofrenia. En la fase temprana de la psicosis (EMAR y PEP), aunque parecen ser también aceptadas y útiles, existen muy pocos estudios con rigor metodológico como para hacer recomendaciones al respecto. En esquizofrenia existen ya un número considerable de ECAs sobre el tema, encontrándose efectos beneficiosos para síntomas positivos, negativos, depresivos y la duración de la rehospitalización. Pese a que la diversidad de intervenciones incluidas en este epígrafe no permite hacer recomendaciones clínicas específicas, parece que la psicoeducación basada en mindfulness destaca por ser una intervención especialmente eficaz para mejorar los síntomas. Serían necesarios más ensayos en poblaciones occidentales para valorar mejor la generalización de estos resultados.
- Por otro lado, las adaptaciones para administrar mindfulness en psicosis incluirían hacerla en grupos más pequeños, duración de la meditación más corta de no más de 10 minutos, evitar periodos prolongados de silencio (guiar la práctica cada 30-60 segundos para que el paciente no quede perdido y guiar también referida a las sensaciones psicóticas haciéndolo de una forma normalizadora) así como utilizar técnicas de anclaje básicas y un lenguaje fácil y accesible (Böge et al., 2021; Chadwick, 2014).
- Por lo que se refiere a ACT cabe decir que el metaanálisis de Brown et al. (2021) tal vez no recoge mejores resultados ya

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

que se basa únicamente en la reducción de síntomas. Aunque desde el punto de vista metodológico el trabajo es impecable, convendría tener presente que ACT no pretende reducir la sintomatología psicótica. Desde el primer ensayo clínico aleatorizado de Bach & Hayes (2002), se ha puesto de relieve que un incremento del número de experiencias psicóticas referidas por los y las clientes podría ser una señal de mejoría clínica, al suponer una mayor aceptación del síntoma. En todo caso, no es un objetivo de la terapia reducir los síntomas, sino modificar la relación que la persona tiene con ellos, al tiempo que se fomentan los comportamientos dirigidos a valores. Es en esta área en la que se debería medir la terapia para lograr evaluar con sus efectos. Creemos que los tres ensayos clínicos que se han centrado en la rehospitalización como resultado de la intervención (Bach & Hayes, 2002, Gaudiano & Herbert, 2006; Tyrberg et al., 2017), vienen a mostrar las posibilidades terapéuticas de intervenciones breves basadas en ACT. ACT cuenta con evidencia empírica que respalda su utilización en el ámbito de la psicosis, con las debidas precauciones (Thomas et al., 2013). No solo ha demostrado su eficacia en contextos ambulatorios sino también en hospitalización (Gaudiano et al., 2017; O'Donoghue et al., 2018). Parecen especialmente eficaces y eficientes las aplicaciones basadas en un formato de grupo. Igualmente sería recomendable la aplicación de la terapia a pacientes diagnosticados de psicosis con una historia de trauma, independientemente de la gravedad de éste (Spidel et al., 2018, 2019).

- De forma general se podría decir que los tratamientos basados en mindfulness y ACT suponen un cambio en el foco de intervención que pasaría de estar centrado en el síntoma a dirigirse hacia la relación de la persona con tales experiencias. Existe evidencia preliminar que apoya la eficacia de este tipo

de aproximaciones, aunque, igualmente, se necesita más investigación al respecto y, especialmente, una acorde con los objetivos que guían este tipo de intervenciones.

REFERENCIAS MINDFULNESS

- Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Bendall S, Penn DL, Yung AR, Ryan RM, Eleftheriadis D, Alfonso SD, Rice S, Miles C, P Russon P, R Lederman R, R Chambers , Gonzalez-Blanch C, Lim MH, Killackey E, McGorry PD, Nelson B. Enhancing social functioning in young people at Ultra High Risk (UHR) for psychosis: A pilot study of a novel strengths and mindfulness-based online social therapy. *Schizophr Res.* 2018 Dec;202:369-377.
- Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D, Williams JM. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment.* 2008 Sep;15(3):329-42.
- Böge et al., 2021). Böge K, Hahne I, Bergmann, Wingenfeld K , Zierhut M, Thomas N, Tam Ta TM , Bajbouj M, Hahn E. Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders - Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2021 Feb;228:134-144.
- Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur. J. Psychiatr.* 2012, vol.26, no.2.

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I & Dagnan D (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009, 37(4):403-412.

Chadwick P. Mindfulness for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:333-4

Chien WT, Bressington D, Yip A & Karatzias T. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychol Med* 2017, 47(12): 2081-2096.

Cotton S, Luberto CM, Sears RW, Strawn JR, Stahl L, Wasson RS, Blom TJ, Delbello MP. Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Interv Psychiatry* 2016 Oct;10(5):426-34.

Cramer H, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness- and Acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Glob Adv Health Med* 2016 Jan;5(1):30-43.

Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MHM, Segal ZV, Ma SH, Teasdale JD, Williams MG. Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behav Ther* 2007 Sep;38(3):234-46.

Heriot-Maitland C, McCarthy-Jones S, Longden E, Gilbert P. Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology* 2019, 10 (152): 1-11.

Hodann-Caudilla RM, Díaz-Silveira C, Burgos-Julián FA, Santed MA. Mindfulness-based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2020 Jun 30;17(13):4690.

Jansen JE , Gleeson J, Bendall S, Rice S, Alvarez-Jimenez M. Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis . *Schizophr Res*. 2020 Jan;215:25-37.

Li Y, Coster S, Norman I, Chien WT, Qin J, Tse MT, Bressington D. Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of mindfulness-based interventions for people with recent-onset psychosis: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2021 Feb;15(1):3-15.

Liu YC, Li IL, Hsiao FH. Effectiveness of mindfulness-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs*. 2021 Jan 15.

Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2018 Feb;192:57-63.

MacDougall AG, Price E, Vandermeer MRJ, Lloyd C, Bird R, Sethi R, Shanmugalingam A, Carr J, Anderson KK, Norman RMG. Youth-focused group mindfulness-based intervention in individuals with early psychosis: A randomized pilot feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2019 Aug;13(4):993-998.

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Mc Glanaghy E, Turner D, Davis GA, Sharpe H, Dougall N, Morris P, Prentice W, Hutton P. A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophr Res.* 2021 Feb;228:447-459.

Perlini C, Bellani M, Rossetti MG, Rossin G, Zovetti N, Rossi A, Bressi C, Piccolo LD, Brambilla P. Mindfulness-based interventions in the early phase of affective and non-affective psychoses: Special Section on "Translational and Neuroscience Studies in Affective Disorders" Section Editor, Maria Nobile MD, PhD . *J Affect Disord.* 2020 Feb 15;263:747-753.

Potes A, Souza G, Nikolitch K, Penheiro R, Moussa Y, Jarvis E, Looper K, Rej S. Mindfulness in severe and persistent mental illness: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Nov;22(4):253-261.

Soler J, Franquesa A, Feliu-Soler A, Cebolla A, García-Campayo J, Rosa Tejedor R, Marcelo Demarzo M, Rosa Baños R, Pascual JC, Portella MJ. Assessing decentering: validation, psychometric properties, and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish simple. *Behav Ther* 2014 Nov;45(6):863-71.

Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, Carvalho AF, Vieta E, Arango C, DeTore NR, Eberlin ES, Mueser KT, Correll CU. Efficacy and acceptability of psycho-social interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry.* 2023 Jan;28(1):354-368. doi: 10.1038/s41380-022-01727-z.

Vancampfort D, Stubbs B, Van Damme T, Smith L, Hallgren M, Schuch F, Deenik J, Rosenbaum S, Ashdown-Franks G, Mugisha J, Firth J. The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders: A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res.* 2021 Feb; 134:181-191.

Vignaud P, Reilly KT, Donde C, Haesebaert F, Brunelin J. Clinical effects of mindfulness-based intervention in patients with first episode psychosis and in individuals with ultra-high risk for transition to psychosis: A review. *Front Psychiatry*, 2019 Oct 31;10:797.

REFERENCIAS ACT

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1129>

Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

Brockman, R., Kiernan, M., & Murrell, E. (2015). Psychometric properties of two brief versions of the Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): implications for the second-wave and third-wave behavioural and cognitive approaches to auditory

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 450-459. <https://doi.org/10.1002/cpp.1916>

Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2021). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(3), 324–336.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948>

Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-25). Context Press.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>

Gaudiano BA, Davis CH, Epstein-Lubow G, Johnson JE, Mueser KT, Miller IW. Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients with Psychosis (the REACH Study): Protocol for Treatment Development and Pilot Testing. *Healthcare (Basel)*. 2017 May 5;5(2):23. <https://doi:10.3390/healthcare5020023>.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer.

Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psy-*

chology Review, 13, 579-592.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90047-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90047-P)

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Bi-glan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>

Myin-Germeys I, van Aubel E, Vaessen T, Steinhart H, Klippe A, Lafit G, Viechtbauer W, Batink T, van Winkel R, van der Gaag M, van Amelsvoort T, Marcelis M, Schirmbeck F, de Haan L, Reinighaus U. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life in Early Psychosis: Results from the Multi-Center INTERACT Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2022;91(6):411-423. <https://doi:10.1159/000522274>.

O'Donoghue, K; Morris, E.M.J., Oliver J., Johns L.C. (2018). ACT for psychosis recovery. A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications.

Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Bel-trán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 593–606. <https://doi.org/10.1002/jclp.20366>

2.7. INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS Y EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, Carvalho AF, Vieta E, Arango C, DeTore NR, Eberlin ES, Mueser KT, Correll CU. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry*. 2023 Jan;28(1):354-368.
<https://doi:10.1038/s41380-022-01727-z>.

Spidel, A., Daigneault, I., Kealy, D., & Lecomte, T. (2019). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Investigating links between trauma severity, attachment and outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 230-243.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465818000413>

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy*, 91(2), 248–261.
<https://doi.org/10.1111/papt.12159>

Tyrberg, M. J., Carlbring, P., & Lundgren, T. (2017). Brief acceptance and commitment therapy for psychotic inpatients: A randomized controlled feasibility trial in Sweden. *Nordic Psychology*, 69(2)

Thomas N., Morris E., Shawyer F., & Farhall J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for voices. En E. M. J. Morris, L. C Johns & J. E Oliver (Eds). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis* (pp. 95-111). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch7,110–125>.
<https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1198271>

Valencia, P. (2019). ¿El Cuestionario de Aceptación y Acción II mide realmente la evitación experiencial?. *Revista Evaluar*, 19(3), 42–53. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v19.n3.26776>

Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018) The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>

Yildiz, E. (2020a). The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavior change: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatry Care*, 56(3), 657-690. <https://doi.org/10.1111/ppc.12396>

2.8.

MODELO DE RECUPERACIÓN

Eva Grasa¹, Anna Alonso²

¹IIB SANT PAU, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; CIBERSAM, ISCIII.

²Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa; CIBERSAM, ISCIII.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN EL MODELO DE RECUPERACIÓN

El modelo de recuperación es un enfoque desde el que se podrían aplicar las diferentes intervenciones psicológicas incluidas en esta guía. Pero, además, dentro del propio modelo se han desarrollado intervenciones específicas para pacientes con psicosis cuyo objetivo principal es la recuperación. Por este motivo se ha decidido dedicarle un capítulo propio en esta guía.

Desde el enfoque psiquiátrico tradicional, la recuperación se definía exclusivamente en base a la mejora de los síntomas y los déficits funcionales. El objetivo era lograr una estabilidad clínica y de funcionamiento psicosocial con escasas o ninguna recaída. Es decir, la recuperación del trastorno mental se equiparaba a

la observada en las enfermedades físicas. Pero el éxito parcial del tratamiento farmacológico para reducir los síntomas del trastorno, junto con las dificultades del paciente para volver al nivel previo de su funcionamiento y desplegar todo su potencial, requerían de nuevos enfoques. El modelo de recuperación supone un cambio de paradigma: del modelo médico, caracterizado por una intervención paternalista donde el profesional centralizaba la toma de decisiones en el proceso del tratamiento del/la paciente, se pasa a un modelo que pone al paciente en el centro de la toma de decisiones.

El modelo de recuperación aporta una dimensión distinta a la atención en salud mental: “La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de uno a medida que crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.” (Anthony, 1993). Este modelo hace una propuesta del trastorno mental desde un punto de vista diferente del enfoque psiquiátrico tradicional: la recuperación no es el regreso al nivel de funcionamiento premórbido, y se centra en el mantenimiento del control de los problemas y de la vida de la persona. Por tanto, desde esta perspectiva se está enfatizando la resiliencia y el empoderamiento de la persona (Bonney & Stickley, 2008; Davidson, 2005; Ramon et al., 2007), además de considerar la mejora de los síntomas y del funcionamiento. En definitiva, es una perspectiva que se centra en el crecimiento y el desarrollo personal a pesar de presentar un trastorno mental (Jaeger & Hoff, 2012). Un concepto relacionado con la recuperación, que debe tenerse en cuenta, es el de bienestar subjetivo. Se ha estudiado su capacidad como predictor de remisión en esquizofrenia (Emsley et al., 2011) así como su relación con buena respuesta terapéutica (Schennach-Wolff et al., 2011). Finalmente, cabe destacar que el modelo de recuperación se refiere no sólo a las experiencias subjetivas de optimismo, empoderamiento y apoyo interpersonal del

individuo, sino también a la creación de servicios públicos orientados a la recuperación (Warner, 2009).

A continuación, se describen intervenciones basadas en la evidencia cuyo criterio de inclusión es que tienen como objetivo específico la recuperación. No pretende ser una lista prescriptiva y exhaustiva de todas las intervenciones existentes:

- **Illness Management and Recovery (IMR) program (Mueser et al., 2006)**

Tiene como objetivo ayudar a las personas con esquizofrenia a aprender a manejar su trastorno de manera más eficaz en el contexto de la consecución de sus objetivos personales (Mueser et al., 2006). Para ello, pretende dotar a la persona del conocimiento y de las habilidades necesarias que le permitan poder manejar el trastorno de forma independiente. Incluye cinco estrategias: psicoeducación sobre los trastornos mentales y su tratamiento, el enfoque cognitivo-conductual para la adherencia a la medicación, un plan de prevención de recaídas, el entrenamiento de habilidades sociales y el entrenamiento de habilidades de afrontamiento para el manejo de síntomas persistentes. Por otro lado, la intervención está organizada en 11 áreas temáticas: estrategias de recuperación, hechos prácticos sobre trastornos mentales, modelo de vulnerabilidad al estrés, creación de apoyo social, uso eficaz de los medicamentos, consumo de drogas y alcohol, reducción de recaídas, estilo de vida saludable, afrontamiento del estrés, afrontamiento de problemas y síntomas, y satisfacer sus necesidades en el sistema de salud mental.

Esta intervención se puede proporcionar tanto en formato individual como grupal. Su duración es entre 8 y 11 meses, comprendiendo sesiones semanales que duran entre 45 y 60 minutos. Du-

rante las sesiones los profesionales ayudan a los/as pacientes a integrar las estrategias en su día a día para poder autogestionar mejor su trastorno mental y avanzar en sus vidas.

- **Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Copeland, 1997)**

Es un programa utilizado para promover el bienestar y la recuperación a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con trastorno mental grave (TMG) (Copeland, 1997). Tiene como objetivos identificar los factores que contribuyen al malestar, mejorar la capacidad para asumir la responsabilidad del propio malestar, y manejar y reducir los síntomas mediante estrategias de autoayuda. Para ello, se elabora un plan individualizado entorno a cinco conceptos: esperanza, responsabilidad, educación, autocontrol y apoyo. A lo largo de 8-12 sesiones se trabajan las siguientes áreas: caja de herramientas para el bienestar; plan de mantenimiento diario; factores desencadenantes; primeras señales de alerta; inicio de pérdida de control; plan de crisis y plan post-crisis.

- **REFOCUS (Slade et al., 2015b)**

Esta intervención no sustituye al enfoque tradicional de los servicios de salud mental, focalizado en el diagnóstico y la medicación, sino que se suma a él, con el propósito de aumentar la presencia de valores y comportamientos favorables a la recuperación. La intervención REFOCUS tiene como objetivo impactar en el contenido y el proceso de atención brindado entre los profesionales de los servicios de salud mental y sus usuarios. Para que esto sea posible, la intervención también se hace a nivel organizacional, es decir, hay una intervención a nivel de equipo con el objetivo de fomentar el desarrollo de una cultura pro-recuperación compartida. Se busca que exista una comprensión compartida del concepto de recuperación.

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

El contenido de la intervención REFOCUS está basado en los que se han propuesto como los cinco principios clave de la recuperación: conexión, esperanza y optimismo, identidad, significado y propósito, y empoderamiento (CHIME; Leamy et al., 2011).

La intervención tiene dos componentes: uno conductual y otro interpersonal (Slade, 2017). El componente conductual está formado por tres comportamientos llamados Prácticas de trabajo (PT). La PT1 es Comprender los valores y las preferencias de tratamiento, e implica centrarse en los valores y la identidad del usuario del servicio más allá de ser un/una paciente, ubicando sus preferencias en el centro de la planificación de la atención. La PT2 es Evaluar las fortalezas, e implica el uso de una evaluación estandarizada de las fortalezas personales y sociales para identificar los recursos existentes y potenciales sobre los que el usuario del servicio pueda empezar a construir. Y la PT3 es Apoyar el esfuerzo por lograr objetivos, e implica orientar la atención clínica en torno a los objetivos valorados por el usuario del servicio. Las tres prácticas de trabajo se realizan en el contexto del componente interpersonal, denominado Relaciones que promueven la recuperación, que incluye capacitar al personal para utilizar las habilidades de coaching en sus interacciones con los usuarios del servicio.

- **Peer support service (servicio de apoyo entre iguales)**

Los servicios de apoyo entre iguales en este contexto se refieren a un grupo de personas con experiencia en salud mental que proporcionarían su experiencia personal con el trastorno y en el uso de recursos de salud mental para brindar su apoyo a otras personas que actualmente usen servicios de salud mental. En el caso de la esquizofrenia, las personas con este diagnóstico suelen im-

plicarse con dificultad con el sistema sanitario y evitan relacionarse (NICE, 2011). Puede resultar muy valioso el rol del modelo a seguir, ver que otras personas han podido recuperarse puede promover la esperanza y la autoeficacia (Salzer & Shear, 2002)

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

La falta de consenso en la definición de recuperación ha supuesto una gran diversidad de instrumentos. Para la presente guía hemos seleccionado los siguientes instrumentos en base a sus propiedades psicométricas según la revisión de Peñas et al. (2019):

- Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación (QPR; Neil et al., 2009):

Es un autoinforme de 22 ítems que mide la recuperación personal. Cada ítem se puntuá utilizando una escala Likert de 5 puntos que van desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Consta de dos subescalas: QPR Intrapersonal (17 ítems) (rango 0-68) y QPR Interpersonal (5 ítems) (rango 0-20). A puntuaciones más altas, mayor recuperación. También existe la versión más corta de 15 ítems, donde sólo hay una respuesta final, la Total, y que estaría formada por los ítems de la subescala intrapersonal. Está adaptado al castellano en su versión de 15 ítems (Goodman-Casanova et al., 2023).

- Recovery Assessment Scale (RAS; Corrigan et al., 1999):

Es una medida de 41 ítems calificada por el usuario del servicio que evalúa cinco dominios de recuperación: confianza personal y esperanza, voluntad de pedir ayuda, orientación hacia la meta y el éxito, confianza en los demás y no dominación por los sínto-

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

mas. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo), con una puntuación total que va desde 41 (baja recuperación) hasta 205 (alta recuperación). La escala breve de 24 ítems está adaptada al castellano (Saavedra et al., 2021).

- Cuestionario de Estadios de Recuperación (STORI; Andresen et al., 2003):

Es un autoinforme de 50 ítems que se presenta en 10 grupos. La puntuación de cada uno representa uno de los cuatro componentes del proceso de recuperación: esperanza, identidad, significado y responsabilidad. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 6 puntos que van desde 0 (nada cierto) a 5 (completamente cierto). Evalúa los 5 estadios de recuperación: moratoria, conciencia, preparación, reconstrucción y crecimiento. Está validado al castellano (Lemos et al., 2015).

- Mental Health Recovery Measure (MHRM; Young & Bullock, 2003):

Autoinforme de 30 ítems, donde cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos que van desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación total indica el nivel de recuperación de la salud mental. También se obtienen subpuntuaciones para los siguientes dominios: superar el estancamiento, autoempoderamiento, aprendizaje y auto-redefinición, funcionamiento básico, bienestar general, nuevos potenciales, espiritualidad y abogacía/enriquecimiento.

- The Illness Management and Recovery Scales (IMR; Mueser et al., 2004):

Es un autoinforme de 15 ítems, donde cada ítem se puntuá mediante una escala Likert de 5 puntos. La escala mide el comportamiento del paciente hacia los componentes centrales del programa IMR. Una puntuación más alta indica un mejor funcionamiento.

- Stages of Recovery Scale (SRS; Song & Tsu, 2011):

Es un autoinforme de 45 ítems, donde cada ítem se puntuá mediante una escala Likert de 4 puntos que van desde 0 (nunca) a 3 (frecuentemente). La escala genera una puntuación total y seis puntuaciones de subescala. Tres de las subescalas miden la recuperación como proceso (recuperación de la autonomía, gestión de la discapacidad/asumir la responsabilidad y sentido de esperanza) y las otras tres la miden como resultado (bienestar general, funcionamiento social/desempeño del rol y ayuda a los demás).

- Recovery Process Inventory (RPI; Jerrell et al., 2006):

Es un autoinforme de 22 ítems donde cada ítem se puntuá mediante una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se puntuá en base a seis subescalas: angustia, conexión con otros, confianza y propósito, cuidado y ayuda de otros, buena situación de vida, y esperanza/cuidado de sí mismo.

- INSPIRE (Williams et al., 2015):

Es un cuestionario de 28 ítems que mide la ayuda del/la profesional para la recuperación personal, desde la perspectiva del/la paciente. Consta de dos subescalas: Apoyo y Relaciones. La subescala de Apoyo mide cinco dominios (conexión, esperanza,

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

identidad, sentido y propósito, y empoderamiento). Primero se puntúa su importancia (Sí/No), y si es afirmativa, se evalúa el alcance del apoyo con una escala de Likert de rango entre 0 (en absoluto) y 4 (muchísimo). La subescala de Relaciones se evalúa con una escala de Likert de rango entre 0 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Está disponible la traducción al castellano (<https://www.researchintorecovery.com/measures/inspire/>).

- Recovery Self-Assessment (RSA; O'Connell et al., 2005):

Es un cuestionario de 36 ítems diseñado para medir el grado en el que un programa ha implementado prácticas orientadas a la recuperación. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La escala genera una puntuación total y cinco factores: metas de vida, participación, diversidad de opciones de tratamiento, elección y servicios personalizados.

3. EVIDENCIA DE LAS INTERVENCIONES DEL MODELO DE RECUPERACIÓN

a. Esquizofrenia

En una revisión de la literatura del 2014 (McGuire et al., 2014), se recogen los resultados de 9 estudios sobre la intervención IMR. En tres de los estudios se comparó el programa IMR con el tratamiento habitual en personas con trastorno mental grave (TMG) (Hasson-Ohayon et al., 2007; Levitt et al., 2009), y con esquizofrenia (Färdig et al., 2011). En los tres ensayos clínicos se obtuvo que IMR era más eficaz que el tratamiento habitual. Levit et al. (2009) y Fardig et al. (2011) alcanzaron mejoras en síntomas clínicos y en funcionamiento psicosocial, y en Hasson-Ohayon et al. (2007) se

logró avanzar en la recuperación personal alcanzando objetivos personales. En otros tres estudios se realizó un diseño casi experimental no aleatorizado. Fujita et al. (2010) compararon la intervención IMR con lista de espera. La primera aumentó la calidad de vida y la autoeficacia para las relaciones sociales. En los otros dos estudios se comparó la IMR con el tratamiento comunitario asertivo. En Salyers et al. (2010) la participación en la intervención IMR redujo la hospitalización y en Salyers et al. (2011) se redujeron las visitas a urgencias. La revisión destaca la necesidad de realizar más estudios con metodología más homogénea en cuanto a medidas de resultado y con un comparador activo (McGuire et al., 2014). En una revisión sistemática y metanálisis más reciente (Goh et al., 2023), en la que se seleccionaron 14 estudios para evaluar la eficacia de la IMR en TMG, se observó un tamaño del efecto de pequeño a mediano en recuperación personal de IMR comparado con tratamiento habitual, lista de espera y otras intervenciones (grupo educativo de soporte, intervención grupal de resolución de problemas, tratamiento comunitario asertivo). Como conclusión, la revisión destaca que la evidencia limitada presentada sugiere que IMR podría no ser significativamente superior a otras intervenciones existentes y requiere de mayor investigación.

El programa WRAP se ha estudiado en los TMG incluyendo a la esquizofrenia. En un estudio de Cook et al. (2009), las personas con TMG que recibieron el programa WRAP mejoraron significativamente los síntomas, así como algunas áreas asociadas a la recuperación (esperanza, autodefensa), tras dos meses de intervención. En un ensayo aleatorizado donde se comparó el programa WRAP con el tratamiento habitual en personas con TMG, la intervención obtuvo resultados similares al estudio anterior: redujo los síntomas psiquiátricos y mejoró las dimensiones de esperanza y de calidad de vida en comparación con el tratamiento habi-

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

tual (Cook et al., 2012). Sin embargo, en una revisión sistemática que evaluaba la eficacia del programa WRAP para mejorar la recuperación clínica y personal (5 estudios; Canacott et al., 2019), se observó que en ensayos clínicos controlados no era superior al grupo control en la reducción de la sintomatología clínica. Sí se mostró superior en la recuperación personal. Todavía se requieren más estudios, y comparando el WRAP con tratamiento activo, para poder considerar que es una intervención superior a otras ya existentes.

En cuanto a la intervención REFOCUS, en un estudio aleatorizado en psicosis (esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo) de un año de tratamiento, no se hallaron diferencias significativas en recuperación personal entre grupo tratamiento y control (tratamiento habitual) (Slade et al., 2015b). Sí se obtuvo una mejoría significativa en el funcionamiento del grupo tratamiento. En un estudio posterior se adaptó la intervención REFOCUS a la realidad de los servicios mentales de Australia en una muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar (Meadows et al., 2019). Aunque pequeña, se obtuvo una mejoría significativa en la recuperación de los y las pacientes de los servicios comunitarios que recibieron el tratamiento REFOCUS-PULSAR comparados con el grupo control que recibió el tratamiento habitual. Finalmente, cuando se ha implementado el programa REFOCUS-PULSAR en el servicio de atención primaria en una muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar, también se han obtenido resultados significativos en la recuperación tras la intervención (Enticott et al., 2021). La evidencia de la eficacia de la intervención REFOCUS todavía es escasa y faltan estudios con comparadores activos.

En los estudios de los servicios de apoyo con iguales, las revisiones de la literatura publicada (23 estudios: White et al., 2020; 8

estudios: Lyons et al., 2021) indican que, en general, las personas con antecedentes de trastorno mental están ofreciendo servicios comparables en efectividad a los que brindan los profesionales de la salud mental (tratamiento control), encontrando poca evidencia de la superioridad de los servicios proporcionados. Por ejemplo, en el formato individual sólo se ha observado un efecto modesto y positivo en el empoderamiento (Mahlke et al., 2017; Salzer et al., 2016) y la recuperación autoinformada (Johnson et al., 2018; Salzer et al., 2016). Y en el formato grupal, se ha observado una pequeña mejora en recuperación global comparado con el tratamiento habitual (Cook et al., 2012; Eisen et al., 2012). Para el formato grupal se remarca la necesidad de más estudios de efectividad para poder llegar a conclusiones firmes acerca del impacto diferencial de esta intervención (Lyons et al., 2021).

b. Primer episodio psicótico

Kane et al. (2016) diseñaron e implementaron un programa de intervención para PEP orientado a la recuperación, NAVIGATE. Esta intervención se centraba en cuatro módulos: administración personalizada de medicamentos, psicoeducación familiar, terapia individual centrada en la resiliencia, y apoyo a la educación y el empleo. Las personas que realizaron esta intervención, en comparación con las que recibieron cuidado comunitario, mejoraron más en calidad de vida, psicopatología y participación en el trabajo/escuela.

c. Otras poblaciones

En el caso de otras poblaciones de interés, existe un protocolo de reciente publicación de aplicación del programa IMR a población forense (Andersson et al., 2022).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES DEL MODELO DE RECUPERACIÓN

- Los enfoques orientados a la recuperación revisados han presentado evidencia de su capacidad para mejorar la recuperación personal en personas con esquizofrenia. La falta de estudios con comparadores activos y en diferentes entornos (hospitalización, servicios comunitarios) no permite hacer recomendaciones específicas al respecto.
- En el caso de los servicios de apoyo entre iguales, faltan estudios que permitan distinguir el rol del paciente experto/a del profesional clínico/a.

REFERENCIAS

Andersson, P., Tistad, M., Eriksson, Å., Enebrink, P., & Sturidsson, K. (2022). Implementation and evaluation of Illness Management and Recovery (IMR) in mandated forensic psychiatric care - Study protocol for a multicenter cluster randomized trial. *Contemporary clinical trials communications*, 27, 100907. <https://doi.org/10.1016/j.conc.2022.100907>

Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

Anthony, W.A. (1993) Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(2), 140–153.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x>

Canacott, L., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(4), 372–381. <https://doi.org/10.1037/prj0000368>

Cook, J. A., Copeland, M. E., Hamilton, M. M., Jonikas, J. A., Razzano, L. A., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., & Grey, D. D. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(2), 246–249. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.246>

Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., Carter, T. M., & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 881–891. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr012>

Copeland, M.E. (2018). *Wellness Recovery Action Plan (WRAP) Updated Edition*. Human Potential Press, Advocates for Human Potential, Inc., Sudbury, MA.

Corrigan, P.W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231–9. <https://doi.org/10.1023/a:1018741302682>

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

- Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*, 14, 25–35.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638230500047968>
- Eisen, S. V., Schultz, M. R., Mueller, L. N., Degenhart, C., Clark, J. A., Resnick, S. G., Christiansen, C. L., Armstrong, M., Bottorari, K. A., Rosenheck, R. A., & Sadow, D. (2012). Outcome of a randomized study of a mental health peer education and support group in the VA. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 63(12), 1243–1246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100348>
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Lehloenywa, K. (2011). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. Current opinion in psychiatry, 24(2), 114–121.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283436ea3>
- Enticott, J. C., Shawyer, F., Brophy, L. M., Russell, G., Mazza, D., Wilson-Evered, E., Weller, P. J., Slade, M., Edan, V., & Meadows, G. N. (2021). REFOCUS-PULSAR Recovery-oriented practice training in adult primary mental health care: Exploratory findings including from a pretest-posttest evaluation. *Frontiers in psychiatry*, 12, 625408. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625408>
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 62(6), 606–612.
https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0606
- Fujita, E., Kato, D., Kuno, E., Suzuki, Y., Uchiyama, S., Watanabe, A., Uehara, K., Yoshimi, A., & Hirayasu, Y. (2010). Implementing the illness management and recovery program in Japan. *Psy-*

chiatric services (Washington, D.C.), 61(11), 1157–1161.
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1157>

Goh, Y. S. S., Ow Yong, J. Q. Y., & Li, A. Z. (2023). Effectiveness of Illness Management and Recovery program on people with severe mental illnesses: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1162288.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1162288>

Goodman-Casanova, JM., Cuesta-Lozano, D., Alupoaei, C, Grasa Bello, EM, Herrera-Imbroda, J, Mayoral-Cleries, F, Guzman-Parraga, J. (2023) Psychometric validation of the 15-item Questionnaire about the Process of Recovery in Spain (QPR-15-SP). *Front Psychol*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1178341>

Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(11), 1461–1466. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1461>

Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Ambler, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., ... Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 392(10145), 409–418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3)

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>Jaeger, M., & Hoff, P. (2012). Recovery: conceptual and ethical aspects. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 497–502.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328359052f>

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

Jerrell, J.M., Cousins, V.C. & Roberts, K.M. Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *J Behav Health Serv Res* 33, 464–473 (2006). <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5>

Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 2016;173(4):362-372.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1505063>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Camblor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive psychiatry*, 56, 51–58.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.021>

Levitt, A. J., Mueser, K.T., Degenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., Karlin, M., & Chernick, M. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(12), 1629–1636.
<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1629>

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interven-

tions for people experiencing mental health conditions. BMC psychiatry, 21(1), 315.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>

Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists, 42, 103–110.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>

McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. Psychiatric services (Washington, D.C.), 65(2), 171–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>

Meadows, G., Brophy, L., Shawyer, F., Enticott, J. C., Fossey, E., Thornton, C. D., Weller, P. J., Wilson-Evered, E., Edan, V., & Slade, M. (2019). REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. The lancet. Psychiatry, 6(2), 103–114. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30429-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30429-2)

Mueser KT, Gingerich S, Salyers MP, McGuire AB, Reyes RU, Cunningham H. The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinicians Version). Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center; 2004.

Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. Schizophrenia bulletin, 32 Suppl 1(Suppl 1), S32–S43.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

Neil, S., Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S., Sellwood, W., & Morrison, T. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.
<https://doi.org/10.1080/17522430902913450>

NICE. Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services. Clinical Guideline CG136

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(4), 378–386.
<https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>

Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas espanolas de psiquiatria*, 47(1), 23–32.

Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *The International journal of social psychiatry*, 53(2), 108–122. <https://doi.org/10.1177/0020764006075018>

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(8), 1042–1047.
<https://doi.org/10.1176/ps.48.8.1042>

Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., & Corrigan, P. (2021).

Spanish validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500–508.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>

Salyers, M.P., McGuire, A.B., Rollins, A.L. et al. Integrating Assertive Community Treatment and Illness Management and Recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health J* 46, 319–329 (2010).
<https://doi.org/10.1007/s10597-009-9284-6>

Salyers, M. P., Rollins, A. L., Clendenning, D., McGuire, A. B., & Kim, E. (2011). Impact of illness management and recovery programs on hospital and emergency room use by Medicaid enrollees. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 62(5), 509–515. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0509

Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(3), 281–288.
<https://doi.org/10.1037/h0095014>

Schennach-Wolff R, Jäger M, Obermeier M, et al. Quality of life and subjective well-being in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: valid predictors of symptomatic response and remission?. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(5):729-738.
<https://doi.org/10.3109/15622971003690289>

Slade, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Farkas, M., Grey, B., Larsen, J., Leamy, M., Oades, L., & Williams, J. (2015a). Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 207(6), 544–550.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155978>

2.8. MODELO DE RECUPERACIÓN

Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015b). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503–514.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3)

Slade, M., Bird, V., Chandler, R., Clarke, E., Craig, T., Larsen, J., Lawrence, V., Le Boutillier, C., Macpherson, R., McCrone, P., Pesola, F., Riley, G., Shepherd, G., Tew, J., Thornicroft, G., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2017) REFOCUS: developing a recovery focus in mental health services in England. Institute of Mental Health, Nottingham. <http://eprints.nottingham.ac.uk/47617/>

Song, L.-Y., & Hsu, S.-T. (2011). The development of the Stages of Recovery Scale for persons with persistent mental illness. *Research on Social Work Practice*, 21(5), 572–581.

<https://doi.org/10.1177/1049731511402218>

Turner, L. Bioethics in pluralistic societies. *Med Health Care Philos* 2004;7:201-8.

<https://doi.org/10.1023/b:mhep.0000034330.44606.9c>

Warner R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current opinion in psychiatry*, 22(4), 374–380.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b>

White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 534.

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Norton S, Pesola F, Slade M. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 May;50(5):777-86. <https://doi:10.1007/s00127-014-0983-0>.

Young S, Bullock W. Mental Health Recovery Measure. Toledo OH: University of Toledo, Psychology Department; 2003

2.9.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

Esther Pousa Tomàs^{1,2}

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica-Sant Pau (IIB-Sant Pau).

²Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM, ISCIII), Madrid, Spain.

1. INTRODUCCIÓN EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Desde hace ya más de dos décadas, la Intervención Familiar (IF) se estableció como uno de los tratamientos psicosociales más eficaces en el ámbito de las psicosis y como tal es un tratamiento recomendado en la mayoría de guías de clínicas internacionales (Crockford and Addington, 2017; Gaebel et al., 2005; Kreyenbuhl et al., 2010; "Surveill. Rep. 2017 – Psychos. Schizophr. adults Prev. Manag. NICE Guidel. CG178," 2017).

La IF consiste en una metodología estructurada que incorpora a los miembros de la familia o cuidadores principales del paciente en las diferentes fases de su proceso de tratamiento. Aunque el foco principal se orienta a la mejora de la persona afectada por el trastorno, el bienestar de la familia se contempla como un re-

sultado intermedio esencial. A diferencia de las intervenciones psicoeducativas, las intervenciones familiares se caracterizan por añadir el uso de otras estrategias terapéuticas de soporte, cognitivo-conductuales, comunicacionales y de rehabilitación en un enmarque de colaboración.

Los modelos de IF en psicosis surgieron en los años 70-80 en el contexto del creciente reconocimiento de la importancia de incluir a las familias en el tratamiento. Esto era sustentado por el modelo de la vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia (Zubin and Spring, 1977), que entendía que las recaídas surgían de la interacción entre la vulnerabilidad biológica de la persona, sus habilidades de afrontamiento y los estresores a los que estaba expuesto. En particular, los primeros modelos de IF surgieron de la investigación que demostraba que la emoción expresada (EE)- una medida del clima familiar que incluía criticismo, hostilidad o sobre implicación emocional, era uno de los predictores más sólidos de recaída de psicosis (Brown et al., 1972; Vaughn and Leff, 1976). Así, las intervenciones iban dirigidas a reducir el número de recaídas mediante la reducción del estrés asociado a las respuestas críticas y hostiles y a las actitudes de sobre implicación emocional (alta EE), todo ello mediante el compartir información sobre la naturaleza y funcionamiento del trastorno y entrenando habilidades de afrontamiento (McFarlane, 2016). Mayoritariamente se desarrollaron tres tipos de IF, la IF breve, la IF de formato individual y los grupos multifamiliares. Entre los más conocidos están la terapia familiar conductual (Falloon et al., 2004), el modelo de trabajo con familias (Kuipers et al., 2002) y el modelo multifamiliar (McFarlane et al., 2003). Con el tiempo, el paradigma de la EE ha ido evolucionando con la inclusión de otros factores que también han resultado ser claves en el desarrollo de actitudes adaptativas al trastorno como la intensidad del contacto entre cuidador/a y paciente, las creencias y estereotipos

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

sobre el trastorno y determinados estilos de afrontamiento de los cuidadores (Caqueo-Urízar et al., 2014). Todo ello ha llevado a que la recomendación de IF no se limite a familias con una elevada EE sino que se base en la evaluación de las necesidades de cada familia, proponiéndose intervenciones más adaptadas a ellas y de distinta intensidad (Bradshaw, 2002; Sellwood et al., 2001).

Los distintos modelos de IF comparten una serie principios básicos comunes sobre los que coinciden los creadores de los mismos y han sido reportados por Dixon y colaboradores (Dixon et al., 2001). Un resumen de los mismos se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1: Principios comunes de la IF en psicosis (Adaptado de Dixon et al., 2011)

Coordinación de todos los agentes de tratamiento y rehabilitación para asegurar unos objetivos comunes en una relación colaborativa y de soporte.

Prestar atención a las necesidades sociales y clínicas de la persona afectada.

Asegurar un óptimo manejo de la medicación.

Escuchar las preocupaciones de las familias e incluirlas como compañeros equitativos en la planificación y ejecución del tratamiento.

Explorar las expectativas de los familiares sobre el programa de tratamiento y las expectativas en relación la persona afectada.

Evaluar las fortalezas y limitaciones de la familia para dar soporte a la persona afectada.

Ayudar en la resolución de conflictos familiares respondiendo de forma sensible al estrés emocional.

Abordar los sentimientos de pérdida.

Dar información relevante a todos los miembros en el momento apropiado.

Trabajar explícitamente un plan de intervención en crisis y respuesta profesional a la misma.

Ayudar a promover mejoras en la comunicación familiar.

Entrenar a la familia en técnicas de solución de problemas de forma estructurada.

Procurar que las familias expandan sus redes de soporte social, por ejemplo, participando en grupos de soporte familiar u organizaciones.

Ser flexible a las necesidades de las familias.

Dar acceso a otros/as profesionales para el seguimiento del tratamiento una vez cese la intervención.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Para evaluar la eficacia de la IF (incluyendo las intervenciones familiares psicoeducativas), la mayor parte de estudios han utilizado como medida de resultado el índice de recaídas, ya sea medido con el número de hospitalizaciones a los 6, 12, 24 o 36 meses después de la intervención, ya sea con un criterio clínico de recaída (empeoramiento de los síntomas según una escala de medida de síntomas, requerimiento de re-ajuste o re-introducción del tratamiento farmacológico). Algunos estudios también han utilizado la duración de la hospitalización. Como medidas secundarias se han utilizado instrumentos de medida en relación al paciente (instrumentos de medida de los síntomas clínicos, de funcionalidad y de calidad de vida), en relación a los familiares (instrumentos de cribaje de salud general, cuestionarios de carga familiar, de las experiencias del cuidador, conocimiento de la enfermedad y calidad de vida), así como medidas de relacionales. Entre estas últimas, cabe destacar el instrumento de medida de la Emoción Expresada, la Camberwell Family Interview (Leff y Vaughn, 1985), y su versión reducida la Five Minute Speech Sample (Magaña et al., 1986).

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

a. Esquizofrenia

En el último medio siglo se han realizado cientos de estudios en diferentes partes del mundo orientados a explorar la eficacia, eficiencia y efectividad de estos programas. Una primera generación de estudios engloba el conjunto de ensayos clínicos que estudian a eficacia de las intervenciones en comparación con el tratamiento habitual para la reducción de las tasas de recaída y hospitalización.

Los más de 50 estudios de este tipo existentes han sido sintetizados y meta-analizados (Bighelli et al., 2021; Pfammatter et al., 2006; Pharoah et al., 2010; Rodolico et al., 2022; Solmi et al., 2023) concluyéndose tasas de recaída y de admisión de un 20 a un 48,8% inferiores en comparación con la atención habitual, con mayores efectos para las intervenciones que duran más de 3 meses. Este tamaño del efecto es equiparable al logrado por las medicaciones antipsicóticas habituales, por lo que al ser opciones terapéuticas complementarias la inclusión de la IF supondría doblar sus efectos (McFarlane, 2016). Además, con un grado de evidencia menor pero también muy consistente las IF resultan en un mejor funcionamiento social y un mayor empleo para los pacientes (McFarlane et al., 2003; Pharoah et al., 2010), así como en efectos positivos considerables sobre los/as familiares como la reducción de la carga del familiar y de la angustia psicológica y la mejora de la relación y del funcionamiento familiar (Cuijpers, 1999).

Una segunda generación de estudios engloba trabajos orientados a explorar los componentes concretos de los modelos terapéuticos que determinan o median la eficacia de los programas. Se concluyó que más que existir unos componentes básicos clave, lo que hace que una intervención funcione es que ésta se adapte a las necesidades concretas de una determinada familia. Un reciente análisis cuanti-cualitativo de los elementos clave utilizados en las intervenciones familiares eficaces pioneras indicó que las estrategias más utilizadas eran en primer lugar el abordaje de las necesidades concretas de cada familia, seguido por el fomento de habilidades de afrontamiento, el consejo y soporte emocional, y finalmente el abordaje de la sobreimplicación emocional y el re-encuadre (Grácio et al., 2018).

Otra conclusión a la que se llegó era que los programas únicamente “informativos/psicoeducativos” no son suficientes para

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

promover cambios sólidos, resultando fundamental ofrecer además de información, soporte emocional, entrenamiento en habilidades comunicativas y de afrontamiento, seguimiento guiado y solución de problemas en relación al manejo del trastorno y rehabilitación, así como potenciar las redes de soporte social (Greenberg; Greenley & Kim, 1995). A pesar de ello, un meta análisis en red reciente encontró que la psicoeducación sola ya es capaz de reducir el índice de recaídas a los 12 meses (Rodolico et al., 2022), por lo que se recomienda en contextos donde las dificultades de financiación no permiten ofrecer más estrategias terapéuticas.

Por otro lado, se evidenció que los distintos modelos de intervención obtenían resultados comparables y que las intervenciones grupales e individuales eran equivalentes en cuanto a su eficacia, recomendándose mantener los dos formatos dado el distinto perfil de familias que aceptan una u otra modalidad. La duración óptima resultó ser la intermedia con una frecuencia quincenal (9-18 meses para mantener resultados a los 2 años). Además, también se destacó la importancia de incluir siempre al/la paciente en las intervenciones, ya sea de forma directa o indirecta. Todos estos ingredientes críticos de las intervenciones han sido consensuados por los líderes del World Fellowship for Schizophrenia (Dixon et al., 2001) y han sido exhaustivamente revisados más recientemente por Grácio y colaboradores (Grácio et al., 2016).

Por último, los estudios de tercera generación se centraron en evaluar la validez de los programas en condiciones reales de la práctica clínica y su coste-efectividad. Se demostró que tenían una adecuada validez externa en entornos clínicos asistenciales naturales, si bien se subrayó la necesidad de que las personas que llevaran a cabo las intervenciones hubiesen pasado por un período de formación específico y reglado (Kelly and Newstead, 2004; Ruggeri et al., 2015). Por otro lado, también se demostró

su eficacia en diferentes contextos y realidades culturales, considerándose una aproximación universal (McFarlane, 2016). En relación a los estudios de coste –efectividad, aunque estos son más escasos, concluyen que la intervención familiar es superior al tratamiento estándar en cuanto a mejores resultados clínicos y más bajo coste (Andrew et al., 2012; Mihalopoulos et al., 2004).

A pesar de la evidencia acumulada sobre la eficacia, eficiencia y coste-efectividad de la IF y de su extendida recomendación en la mayor parte de las guías de práctica clínica para los trastornos psicóticos, la IF no está disponible de forma rutinaria en los centros de salud mental de la mayor parte de los países industrializados con unas muy bajas tasas de implementación que oscilan entre un 0 y un 53% en todo el mundo. Existe también una gran inequidad entre países, territorios y zonas (Glynn, 2012; Krupnik et al., 2005; Prytys et al., 2011). Distintos autores han intentado estudiar sus causas y proponer direcciones futuras para mejorar la implementación (Bucci et al., 2016; Caqueo-Urízar et al., 2014; Eassom et al., 2014; Onwumere et al., 2016). Entre los obstáculos más habituales se encuentran los que tienen que ver con la vinculación de las familias a los programas (desplazamiento, motivación y actitud, disponibilidad para acudir, estigma asociado al trastorno, necesidades culturales específicas), los relacionados con la formación de los equipos (inseguridad, falta de preparación, de entrenamientos formativos y supervisión) así como los organizacionales (estructura de los servicios con falta de personal y de recursos para la IF, escasa valoración de la IF en la cultura organizacional, poco tiempo asignado para realizar las intervenciones, criterios de coste-eficacia utilizados, etc.).

Paralelamente al estudio de los problemas de implementación, otros retos o desarrollos actuales en el campo de la IF son la mejora y adaptación de las intervenciones existentes a grupos

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

culturales minoritarios o familias complejas (Edge et al., 2018; Mottaghipour and Tabatabae, 2019) el estudio de su eficacia en poblaciones con esquizofrenia y comorbilidades médicas o psiquiátricas (patología dual) (Mueser and Gingerich, 2013; Richards et al., 2009), el desarrollo de intervenciones específicas para hermanos (Amaresha et al., 2018; Sin et al., 2015), intervenciones basadas en internet (Sin et al., 2020, 2019) y la inclusión de técnicas de tercera generación en las intervenciones familiares.

b. Primeros episodios psicóticos

En las últimas décadas, la creciente evidencia sobre la importancia de la detección precoz y del tratamiento integral de la psicosis desde sus inicios para un mejor pronóstico del trastorno (Birchwood et al., 1997) ha llevado al planteamiento de la IF como un elemento fundamental más en este contexto.

El apoyo familiar es particularmente relevante para la psicosis temprana, ya que el inicio del trastorno a menudo ocurre en un momento en que muchos de los jóvenes todavía viven en casa (Garety and Rigg, 2001; Jansen et al., 2015). La evidencia confirma que el apoyo familiar puede estar relacionado con un rol protector del debut (González-Pinto et al., 2011), tasas de recaída y re-hospitalización significativamente menores (Norman et al., 2005; Sin et al., 2015), mejora de la mortalidad (Revier et al., 2015), mayor compromiso y adherencia al tratamiento (Stowkowy et al., 2012; Timlin et al., 2015), así como menor sintomatología y mejora del funcionamiento social (O'Brien et al., 2009). Asimismo, los ambientes familiares negativos favorecen el debut de la psicosis y promueven la exacerbación de los síntomas (González-Pinto et al., 2011; O'Brien et al., 2009). Además, los miembros de la familia suelen ser los primeros en notar cambios e identificar indicadores de recaída y crisis (Jackson and McGorry, 2009; Stott,

2004). Por todo ello, la forma en qué los miembros de la familia responden a la condición tiene una considerable influencia en el pronóstico del trastorno.

Dado que los modelos de IF existentes se diseñaron con el objetivo de reducir la EE en familias con personas con psicosis crónica, se ha venido trabajando en la adaptación de dichos modelos a psicosis temprana. Para ello, se parte de los estudios que exploran las necesidades específicas de los familiares o cuidadores en estas primeras fases, así como del estudio de diversos aspectos individuales y de las dinámicas familiares que promueven un mejor o peor pronóstico en los primeros estadios del trastorno.

El estudio de las necesidades específicas de los familiares en estas primeras fases ya ha aportado información relevante para la intervención (Dillinger and Kersun, 2020), aunque es un tema que sigue siendo investigado. Un primer factor a tener en cuenta es que los familiares se encuentran en el inicio de un proceso adaptativo de duelo por las diferentes pérdidas y cambios que supone el debut del trastorno (Wainwright et al., 2015) experimentando emociones como el dolor agudo, negación, culpa, estigma y aislamiento social, debiendo ajustar sus expectativas y deseos del pasado a otras más realistas. Un segundo aspecto es el desconocimiento de cómo afrontar los cambios conductuales derivados del trastorno, como los síntomas delirantes y alucinatorios, el retraimiento social y otros síntomas negativos, la victimización, la violencia (Sin et al., 2012), así como la angustia y la culpa que suele generar una primera hospitalización (Ward and Gwinner, 2014). El desconocimiento del trastorno y de los recursos existentes en la red de salud mental para hacerle frente genera una importante sobrecarga que desborda los mecanismos de afrontamiento y genera síntomas de ansiedad y depresión en al menos un tercio de los familiares (Onwumere et al., 2017). La información resultará

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

por tanto fundamental en estos momentos, debiéndose prestar especial atención al abordaje de la incertidumbre diagnóstica, pronóstica y sobre la eficacia de los tratamientos (Lobban et al., 2011).

Entre las características individuales que parecen ser de mal pronóstico en la psicosis temprana destacan la percepción negativa que suelen hacer los familiares sobre las implicaciones y consecuencias del trastorno, una escasa confianza en las propias habilidades de afrontamiento y un estilo de afrontamiento evitativo, en contraposición a un estilo confiado y activo (Lobban et al., 2005; Onwumere et al., 2017).

En relación a los factores que tienen que ver con la dinámica familiar, destacan los estudios centrados en la prevalencia, la evolución y las características de la EE en familiares de PEP y pacientes de alto riesgo. El Estudio Europeo de Predicción de Psicosis (EPOS) evaluó el valor predictivo de la EE en 245 pacientes que tenían un alto riesgo clínico de psicosis. Se encontró que la “irritabilidad percibida”, un dominio de la Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), era predictiva del PEP, tanto como variable individual como parte del modelo de predicción multivariado (Haidl et al., 2018). En una revisión que incluye 27 estudios sobre EE y carga familiar en primeros episodios psicóticos (Koutra et al., 2014), se destaca una alta prevalencia de elevada EE en cuidadores de pacientes con primeros episodios, con tasas que oscilan entre un 40-60%.

Parece que la EE es menos pronunciada en fases iniciales de la psicosis y aumenta con el tiempo: 14% <1 año, 35% 1-3 años y 50% 5 años (Hooley and Richters, 1995). Por otro lado, también se pone de manifiesto que la EE no es estable en el tiempo durante los primeros años, evidenciándose que un 28% pasan de alta a baja

EE en 9 meses, estando esto mediado por la reducción en el grado de estimación de la pérdida (McFarlane and Cook, 2007). Otro aspecto importante a destacar de estos estudios es que destacan que una elevada EE es independiente de las características clínicas del/la paciente pero dependiente de las atribuciones que hacen los cuidadores acerca del control de los síntomas. Así, se ha visto que los cuidadores con elevado criticismo son más propensos a hacer atribuciones de que el trastorno psicótico es controlable por parte del paciente y creen en la utilidad de la crítica centrada en la persona como potencial favorecedor de cambio (McNab et al., 2007).

Inicialmente los estudios sobre eficacia de la IF en primeros episodios eran limitados y equívocos ya que por un lado se basaban en aplicación de programas diseñados para estadios de cronicidad o bien se basaban en estudios de aproximaciones integradoras que no permitían evaluar independientemente impacto del trabajo familiar (Askey et al., 2007; Penn et al., 2005; Sadath et al., 2015). No obstante, la progresiva adaptación de los modelos existentes a la luz de la evidencia aportada sobre las características y necesidades de los familiares en las primeras etapas y el uso de diseños más esclarecedores ha llevado a la obtención de unos resultados mucho más prometedores (Bird et al., 2010; Camacho-Gómez and Castellvi, 2020; Claxton et al., 2017).

Así, en un primer meta-análisis que incluía 17 estudios cuantitativos controlados de intervención familiar en sujetos de alto riesgo o primeros episodios hasta 5 años de evolución, se encontró que la IF tiene un importante rol en la reducción del número de recaídas y mejora la funcionalidad de los/as usuarios al finalizar el tratamiento. La IF también demostró mejorar el bienestar de los cuidadores y reducir la sobrecarga. La reducción del número de recaídas sólo se sostenía hasta 6 meses, sin mantenerse en el seguimiento de 9 meses a 5 años. Por ello se destaca la reco-

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

mendación de hacer sesiones de recordatorio o mantener a las familias vinculadas a la intervención post tratamiento (Claxton et al., 2017). Otro meta-análisis reciente incluyó 14 estudios controlados y examinó la eficacia de la IF en las recaídas y en otras medidas secundarias relacionadas con las mismas, como la duración de la hospitalización, la gravedad de los síntomas psicóticos y la funcionalidad hasta 24 meses. Se concluye una vez más que la IF es eficaz en la prevención de recaídas ($RR = 0.42$; IC 95% = 0.29 a 0.61) comparada con la terapia habitual y/o con la terapia habitual más otras intervenciones psicosociales activas. La IF también tiene un impacto positivo en la reducción de la duración de la hospitalización, disminución de síntomas psicóticos y mejora de la funcionalidad en hasta 24 meses después del tratamiento (Camacho-Gomez and Castellvi, 2020).

Con todo, la evidencia recomienda la IF en psicosis temprana, aunque se destaca que no se pueden aconsejar componentes óptimos de la intervención, dada la heterogeneidad de las intervenciones estudiadas hasta la fecha. No obstante, parece que lo más eficaz es adaptar las intervenciones a las necesidades concretas de las familias (“needs led intervention”) y sigue habiendo la necesidad de obtener feedback de los cuidadores para seguir detectando las necesidades no atendidas por los modelos actuales. Se recomienda que los servicios de PEP dispongan de un rango flexible de intervenciones, que incluya opciones de baja intensidad o informativas junto con otras opciones terapéuticas más intensivas. Atender a toda la unidad familiar de forma individual parece ser un tema crucial al menos inicialmente y la posterior vinculación a grupos multifamiliares parece ofrecer resultados óptimos (Yesufu-Udechuku et al., 2015). Las intervenciones basadas en internet también están resultando ser prometedoras, ya que tienen altas tasas de cumplimiento (Gleeson et al., 2017).

4. RECOMENDACIONES DE LA APLICABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

- La IF es uno de los tratamientos psicosociales con mayor eficacia en la esquizofrenia y debería ofrecerse siempre, desde los distintos dispositivos de atención de la red de salud mental.
- Se recomienda implementar un modelo de intervención flexible y escalonado (Smith and Velleman, 2002), de forma que todo el equipo incorpore a las familias, pero con distintos niveles de intensidad y especialización según las características y objetivos del dispositivo de atención, la función del/la profesional, y las necesidades concretas de cada familia (Onwumere et al., 2016).
- Para las familias con una elevada emoción expresada u otras características que indiquen llevar a cabo una IF reglada, se recomienda llevar a cabo un programa a medida de las necesidades que incluya además de psicoeducación, estrategias de manejo de los síntomas, técnicas comunicacionales, habilidades de afrontamiento, consejo y soporte emocional, técnicas de solución de problemas y fomento del soporte social. La frecuencia del programa se recomienda sea inicialmente semanal y posteriormente quincenal, con una duración de 9 a 18 meses.
- Se recomienda incluir a toda la unidad familiar en la IF, interviniendo sobre la familia de forma individual o grupal, dependiendo de su perfil de necesidades. Es recomendable empezar siempre con sesiones individuales que permitan valorar y dar respuesta a necesidades específicas.
- Debe facilitarse la implementación de las IF teniendo en cuenta y respondiendo a las necesidades y dificultades de vinculación

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

de los usuarios, realizando formaciones a todo el equipo sobre la importancia de incluir a las familias en la intervención y con el compromiso de la organización en la provisión de los medios necesarios para la formación, supervisión y realización de las IF (Berry and Haddock, 2008).

- Resulta fundamental implementar la IF desde los primeros estadios del trastorno, adaptando los modelos a las necesidades específicas de este período. En las primeras fases no solo será fundamental el proveer de información (psicoeducación) que apporte una mayor competencia y promueva un estilo de afrontamiento activo, sino también ofrecer soporte emocional en el proceso adaptativo y compartir responsabilidades en el manejo del trastorno, facilitar la vinculación con los recursos de la red de salud mental y promover el contacto con su propia red social. Se destaca la necesidad de trabajar concretamente en torno a las creencias sobre el control y las consecuencias del trastorno, así como aquellas sobre las formas de afrontar los síntomas que pueden ser de ayuda.
- Se destaca la recomendación de mantener a las familias vinculadas post intervención y hacer sesiones de recordatorio para el mantenimiento de los beneficios logrados con la IF.

REFERENCIAS

Amaresha, A.C., Kalmady, S.V., Joseph, B., Agarwal, S.M., Narayanaswamy, J.C., Venkatasubramanian, G., Muralidhar, D., Subbarkrishna, D.K., 2018. Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. Asian J. Psychiatr. 32, 59–66. doi:10.1016/J.AJP.2017.11.030

-
- Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M., Trachtenberg, M., 2012. Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. A report prepared for the Schizophrenia Commission, London: Rethink Mental Illness.
- Askey, R., Gamble, C., Gray, R., 2007. Family work in first-onset psychosis: a literature review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 14, 356–365. doi:10.1111/J.1365-2850.2007.01093.X
- Berry, K., Haddock, G., 2008. The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: Barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychol. Psychother. Theory, Res. Pract.* 81, 419–436. doi:10.1348/147608308X329540
- Birchwood, M., McGorry, P., Jackson, H., 1997. Early intervention in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 170, 2–5. doi:10.1192/BJP.170.1.2
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T.A., Barbui, C., Leucht, S., 2021. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 8, 969–980. doi:10.1016/S2215-0366(21)00243-1
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., Kuipers, E., 2010. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br. J. Psychiatry* 197, 350–356. doi:10.1192/BJP.BP.109.074526

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

- Bradshaw, W., 2002. A needs based cognitive behavioural family intervention for schizophrenia reduced relapse in the long term. *Evid. Based. Ment. Health* 5, 51. doi:10.1136/ebmh.5.2.251
- Bucci, S., Berry, K., Barrowclough, C., Haddock, G., 2016. Family Interventions in Psychosis: A Review of the Evidence and Barriers to Implementation. *Aust. Psychol.* 51, 62–68. doi:10.1111/ap.12172
- Camacho-Gomez, M., Castellvi, P., 2020. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr. Bull.* 46, 98–109. doi:10.1093/SCHBUL/SBZ038
- Caqueo-Urízar, A., Miranda-Castillo, C., Giráldez, S.L., Maturana, S.L.L., Pérez, M.R., Tapia, F.M., 2014. Una revisión actualizada sobre la sobrecarga en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Psicothema* 26, 235–243. doi:10.7334/psicothema2013.86
- Claxton, M., Onwumere, J., Fornells-Ambrojo, M., 2017. Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis, *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2017.00371
- Crockford, D., Addington, D., 2017. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can. J. Psychiatry*. doi:10.1177/0706743717720196
- Cuijpers, P., 1999. The effects of family intervention on relative's burden : a meta-analysis. *J. Ment. Heal.* 8, 275–85.

-
- Dillinger, R.L., Kersun, J.M., 2020. Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12870
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., Sondheimer, D., 2001. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr. Serv.* doi:10.1176/appi.ps.52.7.903
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., Priebe, S., 2014. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2014-006108
- Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Baker, J., Drake, R., Abel, K., 2018. Culturally adapted Family Intervention (CaFI) for African-Caribbean people diagnosed with schizophrenia and their families: a mixed-methods feasibility study of development, implementation and acceptability. *Heal. Serv. Deliv. Res.* 6, 1–316. doi:10.3310/hsdr06320
- Falloon, I., Fadden, G., Mueser, K., Al, E., 2004. Family Work Manual. Meridien Family Programme.
- Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W., McIntyre, J.S., 2005. Schizophrenia practice guidelines: International survey and comparison. *Br. J. Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.187.3.248
- Garety, P.A., Rigg, A., 2001. Early psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2001 36(11) 36, 537–544.
doi:10.1007/S001270170004

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

Gleeson, J., Lederman, R., Herrman, H., Koval, P., Eleftheriadis, D., Bendall, S., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, M., 2017. Moderated online social therapy for carers of young people recovering from first-episode psychosis: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 18, 1–11. doi:10.1186/s13063-016-1775-5

Glynn, S.M., 2012. Family Interventions in Schizophrenia: Promise and Pitfalls over 30 Years. *Curr. Psychiatry Reports* 2012 143 14, 237–243. doi:10.1007/S11920-012-0265-Z

González-Pinto, A., de Azúa, S.R., Ibáñez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell-Berna, M., Ugarte, A., Parellada, M., Moreno, D., Soutullo, C., Baeza, I., Arango, C., 2011. Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Res.* 186, 28–33. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2010.05.015

Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., Leff, J., 2018. Key Elements of a Family Intervention for Schizophrenia: A Qualitative Analysis of an RCT. *Fam. Process* 57, 100–112. doi:10.1111/famp.12271

Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., Leff, J., 2016. What do We Know about Family Interventions for Psychosis at the Process Level? A Systematic Review. *Fam. Process* 55, 79–90. doi:10.1111/famp.12155

Greenberg,J; Greenley,J; & Kim, H., 1995. The provision of mental health services to families of persons with serious mental illness. *Res. Community Ment. Health* 8, 181–204.

Haidl, T., Rosen, M., Schultze-Lutter, F., Nieman, D., Eggers, S., Heinimaa, M., Juckel, G., Heinz, A., Morrison, A., Linszen, D., Salokangas, R., Klosterkötter, J., Birchwood, M., Patterson, P.,

-
- Ruhrmann, S., 2018. Expressed emotion as a predictor of the first psychotic episode — Results of the European prediction of psychosis study. *Schizophr. Res.* 199, 346–352. doi:10.1016/J.SCHRES.2018.03.019
- Hooley, J., Richters, J., 1995. Expressed emotion: A developmental perspective, in: Toth, D.C.& S.L. (Ed.), *Emotion, Cognition, and Representation*. University of Rochester Press, pp. 133–166.
- Jackson, H.J., McGorry, P.D., 2009. The recognition and management of early psychosis: A preventive approach, second edition. *Recognit. Manag. Early Psychos. A Prev. Approach*, Second Ed. 1–424. doi:10.1017/CBO9780511576287
- Jansen, J.E., Gleeson, J., Cotton, S., 2015. Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: A systematic review of the psychological factors involved. *Clin. Psychol. Rev.* 35, 56–66. doi:10.1016/J.CPR.2014.12.002
- Kelly, M., Newstead, L., 2004. Family Intervention in routine practice: It is possible! *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00689.x
- Koutra, K., Vgontzas, A.N., Lionis, C., Triliva, S., 2014. Family functioning in first-episode psychosis: A systematic review of the literature. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* doi:10.1007/s00127-013-0816-6
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., 2010. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophr. Bull.* doi:10.1093/schbul/sbp130

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

- Krupnik, Y., Pilling, S., Killaspy, H., Dalton, J., 2005. A study of family contact with clients and staff of community mental health teams. *Psychiatr. Bull.* 29, 174–176. doi:10.1192/PB.29.5.174
- Kuipers, E., Leff, J.P., Lam, D., 2002. Family Work for Schizophrenia: A practical Guide, Second. ed. Gaskell.
- Leff, J., and Vaughn, C. E. (1985). Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. New York, NY: Guilford Press.
- Lobban, F., Barrowclough, C., Jones, S., 2005. Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version. *Br. J. Clin. Psychol.* 44, 163–179. doi:10.1348/014466504X19785
- Lobban, F., Glentworth, D., Haddock, G., Wainwright, L., Clancy, A., Bentley, R., Team, R., 2011. The views of relatives of young people with psychosis on how to design a Relatives Education And Coping Toolkit (REACT). <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.593592>
- Magaña A.B., Goldstein M.J., Karno M., Miklowitz D.J., Jenkins J., Falloon I.R.H. A Brief Method for Assessing Expressed Emotion in Relatives of Psychiatric Patients. *Psychiatry Res.* 1986;17:203–212. doi: 10.1016/0165-1781(86)90049-1.
- McFarlane, W.R., 2016. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam. Process* 55, 460–482. doi:10.1111/famp.12235
- McFarlane, W.R., Cook, W.L., 2007. Family Expressed Emotion Prior to Onset of Psychosis. *Fam. Process* 46, 185–197. doi:10.1111/J.1545-5300.2007.00203.X

-
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A., 2003. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J. Marital Fam. Ther.* 29, 223–245. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
- McNab, C., Haslam, N., Burnett, P., 2007. Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. *Psychiatry Res.* 151, 97–106. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2006.08.004
- Mihalopoulos, C., Magnus, A., Carter, R., Vos, T., 2004. Assessing Cost-Effectiveness in Mental Health: Family Interventions for Schizophrenia and Related Conditions. *Aust. New Zeal. J. Psychiatry* 38, 511–519. doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01404.x
- Mottaghipour, Y., Tabatabaei, M., 2019. Family and Patient Psychoeducation for Severe Mental Disorder in Iran: A Review. *Iran. J. Psychiatry* 14, 84.
- Mueser, K.T., Gingerich, S., 2013. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Soc. Work Public Health* 28, 424–439. doi:10.1080/19371918.2013.774676
- Norman, I., Ross, M.G., Malla, A.K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., Northcott, S., 2005. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 80, 227–234. doi:10.1016/j.schres.2005.05.006
- O'Brien, M.P., Zinberg, J.L., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., Daley, M., Bearden, C.E., Cannon, T.D., 2009. Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: A longitudinal study. *Schizophr. Res.* 107, 198–205. doi:10.1016/J.SCHRES.2008.10.008

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

Onwumere, J., Grice, S., Kuipers, E., 2016. Delivering Cognitive-Behavioural Family Interventions for Schizophrenia. *Aust. Psychol.* 51, 52–61. doi:10.1111/ap.12179

Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afsharzadegan, R., Harvey, R., Man, L.C., Kuipers, E., Raune, D., 2017. Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping styles. *Early Interv. Psychiatry* 11, 237–243. doi:10.1111/EIP.12227

Penn, D.L., Waldheter, E.J., Perkins, D.O., Mueser, K.T., Lieberman, J.A., 2005. Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2220> 162, 2220–2232. doi:10.1176/APPI.AJP.162.12.2220

Pfammatter, M., Junghan, U.M., Brenner, H.D., 2006. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses, in: *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbl030

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W., 2010. Family intervention for schizophrenia, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.cd000088.pub2

Prytys, M., Garety, P.A., Jolley, S., Onwumere, J., Craig, T., 2011. Implementing the NICE guideline for schizophrenia recommendations for psychological therapies: a qualitative analysis of the attitudes of CMHT staff. *Clin. Psychol. Psychother.* 18, 48–59. doi:10.1002/CPP.691

Revier, C.J., Reininghaus, U., Dutta, R., Fearon, P., Murray, R.M., Doody, G.A., Croudace, T., Dazzan, P., Heslin, M., Onyejiaka,

A., Kravariti, E., Lappin, J., Lomas, B., Kirkbride, J.B., Donoghue, K., Morgan, C., Jones, P.B., 2015. Ten-Year Outcomes of First-Episode Psychoses in the MRC AESOP-10 Study. doi:10.1097/NMD.0000000000000295

Richards, M., Doyle, M., Cook, P., 2009. A literature review of family interventions for dual diagnosis: implications for forensic mental health services. *Br. J. Forensic Pract.* 11, 39–49. doi:10.1108/14636646200900027

Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Siafas, S., Signorelli, M.S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T.A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., Leucht, S., 2022. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 9, 211–221. doi:10.1016/S2215-0366(21)00437-5

Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., De Girolamo, G., Santonastaso, P., Pileggi, F., Neri, G., Ghigi, D., Giubilini, F., Miceli, M., Scarone, S., Cocchi, A., Torresani, S., Faravelli, C., Cremonese, C., Scocco, P., Leuci, E., Mazzi, F., Pratelli, M., Bellini, F., Tosato, S., De Santi, K., Bissoli, S., Poli, S., Ira, E., Zoppei, S., Rucci, P., Bislenghi, L., Pateilli, G., Cristofalo, D., Meneghelli, A., 2015. Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: Results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophr. Bull.* 41, 1192–1203. doi:10.1093/schbul/sbv058

Sadath,A.,Muralidhar,D.,Varambally,S.,Jose,J.P.,Gangadhar,B.N., 2015.Family Intervention in First-Episode Psychosis:A Qualitative

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

Systematic Review. <https://doi.org/10.1177/2158244015613108>
5. doi:10.1177/2158244015613108

Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., Lewis, S., 2001. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-Month follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.* 104, 346–355. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00502.x

Sin, J., Henderson, C., Cornelius, V., Chen, T., Elkes, J., Woodham, L.A., Hernández, A.S., Spence-Polin, D., Batchelor, R., Gillard, S., 2020. COPe-support- A multi-component digital intervention for family carers for people affected by psychosis: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 20. doi:10.1186/s12888-020-02528-w

Sin, J., Henderson, C., Woodham, L.A., Hernández, A.S., Gillard, S., 2019. A multicomponent ehealth intervention for family carers for people affected by psychosis: A coproduced design and build study. *J. Med. Internet Res.* 21, e14374. doi:10.2196/14374

Sin, J., Jordan, C.D., Barley, E.A., Henderson, C., Norman, I., 2015. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst. Rev.* doi:10.1002/14651858.CD010540.pub2

Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., Wellman, N., 2012. Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study. *Early Interv. Psychiatry* 6, 53–59. doi:10.1111/J.1751-7893.2011.00300.X

Smith, G., Velleman, R., 2002. Maintaining a family work for psychosis service by recognising and addressing the barriers to implementation. *J. Ment. Heal.* doi:10.1080/09638230020023831

Solmi, M., Croatto, G., Piva, G., Rosson, S., Fusar-Poli, P., Rubio, J.M., Carvalho, A.F., Vieta, E., Arango, C., DeTore, N.R., Eberlin, E.S., Mueser, K.T., Correll, C.U., 2023. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol. Psychiatry*. doi:10.1038/s41380-022-01727-z

Stott, P., 2004. Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook. *Int. J. Clin. Pract.* 58, 1095–1095. doi:10.1111/J.1368-5031.2004.0247A.X

Stowkowy, J., Addington, D., Liu, L., Hollowell, B., Addington, J., 2012. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr. Res.* 136, 7–12. doi:10.1016/J.SCHRES.2012.01.027

Surveillance report 2017 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (2014) NICE guideline CG178, 2017. . *Surveill. Rep.* 2017 – Psychos. Schizophr. adults Prev. Manag. NICE Guidel. CG178.

Timlin, U., Hakko, H., Heino, R., Kyngäs, H., 2015. Factors that Affect Adolescent Adherence to Mental Health and Psychiatric Treatment: a Systematic Integrative Review of the Literature. *Scand. J. Child Adolesc. Psychiatry Psychol.* 3, 99–107.

2.9. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PSICOSIS

Wainwright, L.D., Glentworth, D., Haddock, G., Bentley, R., Lobban, F., 2015. What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychol. Psychother. Theory, Res. Pract.* 88, 105–119. doi:10.1111/PAPT.12024

Ward, L., Gwinner, K., 2014. “It broke our hearts”: Understanding parents’ lived experiences of their child’s admission to an acute mental health care facility. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 52, 24–29. doi:10.3928/02793695-20140324-02

Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E., Kendall, T., 2015. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 206, 268–274. doi:10.1192/BJP.BP.114.147561

Zubin, J., Spring, B., 1977. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 86, 103–126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

REFERENCIAS

Feyaerts J, Henriksen MG, Vanheule S, Myin-Germeys I, Sass LA. Delusions beyond beliefs: a critical overview of diagnostic, aetiological, and therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective. *Lancet Psychiatry*. 2021 Mar;8(3):237-249. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30460-0.

NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

World Health Organization. (2023). Package of interventions for rehabilitation. Module 8. Mental health conditions. Geneva: World Health Organization (Package of interventions for rehabilitation). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071285>).

2.10.1.

MUSICOTERAPIA

Pau Gimeno¹ y Susana Clos¹. Musicoterapeutas.

¹Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) de Cornellà, Viladecans i Cerdanyola. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

1. INTRODUCCIÓN EN LA INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

De acuerdo a la World Federation of Music Therapy (WFMT), la musicoterapia se define como el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar.

La musicoterapia ofrece los recursos que la música pone a disposición de la persona para ser de utilidad en los procesos rehabilitadores: la participación activa en la práctica musical como la improvisación, entendida como un encuentro musical entre terapeuta y grupo o persona atendidas, que sigue algo más allá del goce estético; la audición musical, como recurso facilitador de evocación de recuerdos o expresión de emociones, que favorecen conversaciones posteriores; o la práctica asociada al

movimiento corporal que surge de la música. Esta diversidad de recursos permite ajustar la interacción en cada momento atendiendo a las necesidades y deseos de la persona. Al referirnos a la diversidad de recursos que la música ofrece, apuntamos un aspecto importante de la musicoterapia como recurso flexible en que equipos interdisciplinares diversos pueden encontrar una intervención diversa.

En el campo de la salud mental, la música tiene numerosas aplicaciones y beneficios a diferentes niveles:

- a. Cognitivo: mejora la concentración, la atención y la memoria. Potencia la capacidad de estructurar, la escucha, la percepción temporal y la creatividad, así como estimula la comunicación y el lenguaje.
- b. Socioemocional: mejora el estado de ánimo, la autoestima, la visión personal y la conciencia de uno mismo y del entorno. Fomenta la interacción social y previene el aislamiento.
- c. Físico: refuerza la movilidad de las articulaciones y de la musculatura. Induce la relajación y la disminución de los niveles de ansiedad.

La musicoterapia tiene la capacidad de ser flexible y de adaptarse a las diferentes necesidades del paciente, lo que permite crear un entorno de trabajo cómodo, creativo y poco amenazador.

Las técnicas que utiliza la musicoterapia en el campo de la salud mental incluyen actividades como escritura de letras (songwriting), análisis y discusión de letras de canciones, canto terapéutico, visualizaciones guiadas, relajación, improvisación musical y vocal, danza y expresión corporal, o participación en actividades

musicales de la comunidad (conciertos, círculos de percusión, audiciones, talleres musicales...).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Existe una diversidad teórico-metodológica en el campo de la musicoterapia que explica la coexistencia de modelos, métodos, técnicas de trabajo y de evaluación. La evaluación en musicoterapia se encuentra en fase de desarrollo desde la década de los noventa, y aunque se está empezando a evaluar su eficacia en otros campos y procesos, la bibliografía existente muestra que esta evaluación se ha realizado básicamente desde la perspectiva de la evaluación clínica del paciente (Jacobsen et al., 2019).

Se describen 3 tipos de evaluación en musicoterapia, entrevista, pruebas/tests y observación, dependiendo del objetivo que se persiga: contribución al diagnóstico, valoración inicial, valoración del proceso, alta y/o derivación.

En la evaluación de la musicoterapia en salud mental, se han utilizado escalas ya existentes en la investigación clínica para evaluar su eficacia como tratamiento complementario de la esquizofrenia. La revisión sistemática sobre musicoterapia y psicosis realizada por Mössler et al. (2011) y revisada en 2017 (Geretsegger, 2017), muestra que en los ensayos clínicos evaluados los instrumentos más utilizados son: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen, 1982), Social Disability Screening Schedule (SDSS; Wu, 1998), Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Spitzer et al., 2000), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987) and Quality of life Scale (SPG; Tönnies et al., 1996).

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

a. Esquizofrenia

La rehabilitación en salud mental ha sido, probablemente, el escenario que más ha utilizado la musicoterapia como recurso. Esta actividad ha generado la necesidad de aportar evidencia de su eficacia como herramienta rehabilitadora. Ya sea en contexto de hospitalización, de atención comunitaria o en el trabajo preventivo, la musicoterapia ofrece un recurso válido que incorporar a la atención interdisciplinar. La literatura científica muestra el compromiso de la comunidad de musicoterapeutas profesionales en presentar evidencia (Nizamie & Tikka, 2014; Sabbatella, 2004).

Durante la década de los 70-80 se empezaron a evaluar las terapias creativas en las unidades de hospitalización psiquiátrica con resultados bastante prometedores (Holcomb et al., 1989; Keith-Spiegel et al., 1970; Kotin & Schur, 1969). También se observó un interés creciente por evaluar la interacción social en pacientes hospitalizados en unidades de salud mental (Collins et al., 1984), aunque en esa época no se realizaron estudios específicos evaluando el efecto de la musicoterapia de manera aislada.

Varios investigadores/as han publicado revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la efectividad de la musicoterapia en esta población. Gold et al. (2005) realizaron un metanálisis en cuatro estudios controlados aleatorizados en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los que se comparaba la musicoterapia más tratamiento habitual con el tratamiento habitual. Se encontraron resultados positivos para la musicoterapia en estado mental general, sintomatología negativa y funcionamiento social en 1-3 meses de seguimiento, que estaban en función del número de sesiones. Los y las autoras remarcaban la nece-

2.10.1. MUSICOTERAPIA

sidad de realizar más estudios y con seguimientos más largos para evaluar la permanencia de los efectos observados. Mössler et al. (2011) realizaron una revisión sistemática de ocho ensayos clínicos en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los resultados mostraban que la musicoterapia, como tratamiento complementario al tratamiento habitual, podía mejorar el estado general, así como disminuir la sintomatología negativa. Se observaron también mejoras en el funcionamiento social y en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Los efectos no fueron consistentes entre los estudios analizados, y concluye que los resultados dependen, en gran medida, de factores como la dosis de la intervención (número de sesiones realizadas) y el tipo de intervención realizada (activa). En este sentido, Chung & Woods-Giscombe (2016) hicieron una revisión sistemática para investigar la influencia del tipo y dosis de la musicoterapia en los síntomas de la esquizofrenia. De una selección de 17 artículos, concluyeron que la dosis de la intervención influía en su efecto más que el tipo. En la revisión sistemática de Geretsegger et al. (2017), de 18 estudios en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se observó que la musicoterapia más tratamiento habitual mejoraba el funcionamiento general, síntomas negativos, funcionamiento social y la calidad de vida comparada con el tratamiento habitual. Los efectos observados no fueron consistentes, dependían de la dosis de la intervención. Jia et al. (2020), en un metanálisis de 18 estudios donde se evaluaba la eficacia de la musicoterapia como terapia complementaria para pacientes con esquizofrenia, mostraron que ésta mejoraba significativamente síntomas (totales, negativos y depresivos) y calidad de vida. Finalmente, Isaacs et al. (2022) en una revisión sistemática de 21 revisiones sobre intervenciones no-farmacológicas en esquizofrenia y otras psicosis, concluyeron que la musicoterapia (dos revisiones) era de utilidad para mejorar algunas dimensiones de la recuperación personal: conexión (funcionamiento so-

cial), y esperanza y optimismo (calidad de vida). Se ha observado también una disminución del nivel de ansiedad y un aumento en las escalas de calidad de vida en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas tras intervención con musicoterapia sola o más tratamiento habitual (Silverman., 2003; Talwar et al., 2006; Volpe et al., 2018; Yang et al., 2012).

Además, en un interés por conocer el posible beneficio que la musicoterapia ofrece a las personas atendidas, se han publicado testimonios basados en los relatos en primera persona que aportan conocimiento y precisan la definición de sus beneficios (McCaffrey, 2017; Solli & Rolvsjord, 2015). Estos relatos, a su vez, permiten ajustar la práctica de los musicoterapeutas como recurso del trabajo rehabilitador interdisciplinar. En el estudio cualitativo de Solli & Rolvsjord (2015), que analizaba las valoraciones de los pacientes tras una intervención musicoterapéutica, los/as autores destacaban que los y las pacientes veían a la musicoterapia como algo positivo, que les ayudaba a mejorar su vida y su salud. Los/as pacientes apuntaban estos cuatro valores positivos de la musicoterapia: libertad, contacto, bienestar y alivio de los síntomas. También reportaron cómo la musicoterapia los hizo sentir más vitales, alegres, esperanzados y motivados, ayudándoles a convertirse en participantes más activos de su vida cotidiana.

Finalmente, también hay controversia en la aplicabilidad de la musicoterapia como terapia para la esquizofrenia y otras psicosis entre diferentes guías clínicas. En Reino Unido, la guía NICE (2014) recomienda la musicoterapia, incluida en el grupo de arteterapias, como tratamiento para los síntomas negativos en adultos. Según recogen Pedersen et al. (2019), la guía clínica de Noruega iría en la línea de esta recomendación, mientras que el Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry y la guía clínica de Dinamarca consideran que todavía son necesarios más

2.10.1. MUSICOTERAPIA

estudios antes de proponer la musicoterapia como alternativa terapéutica. En dos revisiones de tratamientos para los síntomas negativos en esquizofrenia se indica la musicoterapia como tratamiento beneficioso (Cella et al., 2023; Veerman et al., 2017).

No existe, a día de hoy, evidencia sobre musicoterapia y PEPs, EMARs u otras poblaciones.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA TÉCNICA

En líneas generales, la música puede ser utilizada con objetivos diversos, como son el trabajar los aspectos cognitivos, expresivos, relationales o de aceptación de la realidad personal y el compromiso en la recuperación. La práctica de la musicoterapia sintoniza con la tendencia a considerar la recuperación como una práctica que, más allá de un enfoque tradicional de utilización de la música como herramienta de mejora funcional, utiliza las interacciones como una oportunidad para:

- Establecer conexiones saludables con los demás y con el entorno, entendiendo y mejorando la presencia en sus diversos escenarios.
- Favorecer la idea de que la recuperación es posible partiendo de las metáforas que se originan en la práctica musical y que nutren desde la expresión artística la confianza de la persona en su rehabilitación. La música juega, para muchas personas, un papel importante en la definición de su identidad. La música evoca recuerdos que recuerdan la presencia de una banda sonora en las etapas en que las personas formamos nuestra idea de quienes somos. Mantener la música en su papel de definir quienes somos, es salvaguardar un terreno que en mu-

chas ocasiones pueden ocupar atribuciones y relaciones asociadas a un problema que pugna por definir a la persona que lo presenta.

- En esta misma línea, la música ayuda a la comprensión del valor de un proyecto de vida y ayuda a identificar que convivir con un problema no es razón para devaluarlo.

Los y las musicoterapeutas utilizan la música para llamar la atención de la persona sobre sus posibilidades, su capacidad de trabajar y asumir su parte de responsabilidad en el propio proceso de recuperación.

Teniendo en cuenta la evidencia actual acerca de la eficacia de la musicoterapia aplicada al tratamiento de personas con esquizofrenia y psicosis, se sugiere:

- aplicación al tratamiento de los síntomas negativos.
- aplicación en los servicios orientados a la recuperación personal.

REFERENCIAS

Andreasen N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. Archives of general psychiatry, 39(7), 784–788. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070020005>

Cella, M., Roberts, S., Pillny, M., Riehle, M., O'Donoghue, B., Lyne, J., Tomlin, P., Valmaggia, L., & Preti, A. (2023). Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analyses. The

2.10.1. MUSICOTERAPIA

British journal of psychiatry: the journal of mental science, 223(1), 321–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.21>

Collins, J. F., Ellsworth, R. B., Casey, N. A., Hickey, R. B., & Hyer, L. (1984). Treatment characteristics of effective psychiatric programs. *Hospital & community psychiatry*, 35(6), 601–605. <https://doi.org/10.1176/ps.35.6.601>

Chung, J., & Woods-Giscombe, C. (2016). Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 37(9), 631–641. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1181125>

Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 29;5(5):CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4. PMID: 28553702; PMCID: PMC6481900.

Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub2>

Isaacs, A. N., Brooks, H., Lawn, S., Mohammadi, L., Vicary, E., & Sutton, K. (2022). Effectiveness of personal recovery facilitators in adults with schizophrenia and other psychoses: A systematic review of reviews and narrative synthesis. *Schizophrenia research*, 246, 132–147. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.06.018>

Jacobsen, S. L., Wigram, T., & Rasmussen, A. M. (2019). Assessment and Clinical Evaluation in Music Therapy. In *A Compre-*

hensive guide to Music Therapy (2nd edition ed., pp. 410-428). Jessica Kingsley Publishers.

Jia, R., Liang, D., Yu, J., Lu, G., Wang, Z., Wu, Z., Huang, H., & Chen, C. (2020). The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 293, 113464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464>

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

McCaffrey, T (2017). Evaluating music therapy in adult mental health services: Tuning into service user perspectives. *Nordic Journal of Music Therapy*, (), 1–16. doi:10.1080/08098131.2017.1372510

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Systematic Review*, 12. doi:10.1002/14651858.CD004025.pub3

NICE Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and Management; NICE Clin. Guidel. 2014 :CG178. Disponible online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

Nizamie, S. H., & Tikka, S. K. (2014). Psychiatry and music. *Indian journal of psychiatry*, 56(2), 128–140. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.130482>

Pedersen IN, Bonde LO, Hannibal NJ, Nielsen J, Aagaard J, Gold C, Rye Bertelsen L, Jensen SB and Nielsen RE (2021) Music therapy vs. music listening for negative symptoms in schizophrenia:

2.10.1. MUSICOTERAPIA

Randomized, controlled, assessor- and patient-blinded trial. *Front. Psychiatry* 12:738810. doi: 10.3389/fpsyg.2021.738810

Sabbatella, P. E. (2004). Assessment and clinical evaluation in music therapy: An overview from literature and clinical practice. *Music Therapy Today*, 5(1), 1-32.

Silverman M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Journal of music therapy*, 40(1), 27–40. <https://doi.org/10.1093/jmt/40.1.27>

Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2015). “The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic journal of music therapy*, 24(1), 67–92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>

Spitzer RL, Gibbon M, Endicott J. Global assessment scale (GAS), global assessment of functioning (GAF) scale, social and occupational functioning assessment scale (SOFAS). In: American Psychiatric Association, editor(s). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 189, 405–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015073>

Tönnies S, Plöhn S, Krippendorf U. Skalen zur psychischen Gesundheit. Heidelberg, Germany: Roland Asanger Verlag, 1996

-
- Veerman, S. R. T., Schulte, P. F. J., & de Haan, L. (2017). Treatment for negative symptoms in schizophrenia: A comprehensive review. *Drugs*, 77(13), 1423–1459. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0789-y>
- Volpe, U., Gianoglio, C., Autiero, L., Marino, M. L., Facchini, D., Mucci, A., & Galderisi, S. (2018). Acute effects of music therapy in subjects with psychosis during inpatient treatment. *Psychiatry*, 81(3), 218–227. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1502559>
- Wu WY. Social Disability Screening Schedule-Chinese version. In: Zhang MY editor(s). *Handbook of Rating Scales in Psychiatry*. Changsha: Hunan Science and Technology Press, 1998:163-6.
- Yang, C. Y., Chen, C. H., Chu, H., Chen, W. C., Lee, T. Y., Chen, S. G., & Chou, K. R. (2012). The effect of music therapy on hospitalized psychiatric patients' anxiety, finger temperature, and electroencephalography: a randomized clinical trial. *Biological research for nursing*, 14(2), 197–206. <https://doi.org/10.1177/1099800411406258>

2.10.2.

ARTETERAPIA

Ana Aznar Matínez¹, Elena Carcelén García¹.

¹Servei de Rehabilitació Comunitària de Sarrià i Sant Gervasi, Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN ARTETERAPIA

La arteterapia comienza a construir su autonomía disciplinar en los años sesenta nutriéndose de una gran influencia de enfoques y desvinculando su práctica de la educación artística, la terapia ocupacional y de la función de ocio otorgada a las actividades plásticas, tanto en los diagnósticos de trastornos mentales como su uso en las psicoterapias verbales.

La Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATe) define la arteterapia como *“la aplicación psicoterapéutica del proceso artístico que se basa en la importancia de la relación entre persona usuaria y arteterapeuta. Utiliza esencialmente los medios propios de las artes visuales para promover cambios significativos y duraderos en las personas, potenciando su desarrollo y evolución como seres individuales y sociales”* (<https://arteterapia.org.es/>). Según la Asociación Británica de Arteterapeutas (British Association of Art Therapists, BAAT), *“la arteterapia es una forma*

de psicoterapia que utiliza medios artísticos como su principal medio de expresión y comunicación” (<https://baat.org/>). Por su parte, la Asociación Americana de Arteterapia (AATA), la define como “una profesión de la salud mental en la que los y las clientes (guiados por el/la arteterapeuta) utilizan el arte, los medios de comunicación y el proceso creativo con la finalidad de explorar sus sentimientos, reconciliar conflictos emocionales, fomentar la autoconciencia, manejar el comportamiento, y las adicciones, desarrollar habilidades sociales, mejorar su relación con la realidad, reducir la ansiedad y aumentar la autoestima” (<https://arttherapy.org/>).

Así pues, la arteterapia ofrece la oportunidad de expresarse a través del lenguaje artístico sin una finalidad estética, no precisa de experiencia, conocimientos previos ni habilidades específicas por lo que resulta especialmente adecuada para personas con dificultades para expresar sus emociones verbalmente. La intervención tiene la intención de desencadenar un proceso de transformación a través de la creación artística, dentro del cual la persona deja de ser sujeto paciente para convertirse en sujeto agente capaz de dar sentido a sus experiencias y a transformar el significado de las mismas, favoreciendo así su autoestima y autoconfianza.

El objetivo principal de la arteterapia consiste en hacer del lenguaje artístico una vía terapéutica: facilitar la expresión, la comunicación, la reflexión, el sentimiento de capacitación, favorecer el crecimiento personal y, sobre todo promover cambios significativos respecto a la propia salud (Sanz-Aránguez & Del Rio, 2006).

En la intervención arteterapéutica, la simbolización y el acompañamiento son factores especialmente beneficiosos que promueven la flexibilización de las estructuras mentales y la elaboración del pensamiento. Al ser una terapia predominantemente no ver-

bal, permite simbolizar sin necesidad de poner en palabras la experiencia, promoviendo la liberación de emociones contenidas y generando escasa ansiedad, por lo que puede ser una experiencia gratificante (Moreno, 2007).

La posibilidad de utilizar materiales diversos, la riqueza en estímulos y la experimentación libre contribuyen al descubrimiento de maneras nuevas de significar la realidad. Los procesos cognitivos subyacentes al acto creativo promueven la generación de múltiples alternativas, hipótesis o conjeturas a problemas surgidos de diversos factores (psíquicos, culturales, morales...), posibilitando así la toma de decisiones y la solución de problemas que la persona podrá llevar a cabo más allá del contexto arteterapéutico.

Respecto a la metodología de trabajo, la arteterapia como tratamiento se practicará de manera individual o grupal partiendo de las propias necesidades de la persona y siempre bajo la conducción de un/a profesional de la arteterapia, bajo un setting o marco de trabajo definido. El marco o setting se basa principalmente en la teoría de la arteterapia, donde es importante un espacio de entrada, un espacio de trabajo y un espacio de cierre. Otro marco de trabajo en el que se basa la arteterapia es en la teoría de la psicoterapia de grupos, en la que la transferencia y la contratransferencia, la interpretación y el señalamiento, la retroalimentación tanto del/la terapeuta como del resto de miembros del grupo para así hacer una experiencia más enriquecedora (Uttley et al., 2015). Así mismo es importante el tiempo de los procesos.

Se utiliza el arte visual como objeto de trabajo a partir de la aplicación de técnicas y materiales diversos propios de distintos momentos culturales, pudiendo ser materiales tradicionales como la pintura, la escultura, la escritura, la fotografía, etc.,

o incluso la creación digital. El resultado final, la calidad de la producción o su sentido estético tienen un interés únicamente secundario.

Partiendo del rol del/la arteterapeuta, podemos diferenciar dos grandes abordajes: por una parte, el desencadenamiento de un proceso de creación y por otra, la asociación verbal, el relato que se produce con la creación (Capella, 2009; Moreno, 2007). Desde el primer enfoque la persona se vuelca en su obra y el/la terapeuta es un mero acompañante. En el segundo, más cercano a la psicoterapia, considera que el cambio terapéutico se genera mayoritariamente a partir de los intercambios verbales y la reflexión. En este abordaje el/la terapeuta tendría la misión de crear “continentes” es decir, espacios que permitan que la persona pueda contener su comportamiento y facilitar ejercicios que ayuden a este fin.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

No conocemos herramientas específicas para medir los efectos de las intervenciones arteterapéuticas. Habitualmente, la evaluación se realiza mediante observación directa (registros que realiza el/la profesional durante el proceso), entrevistas pre- y post-intervención donde recoger la experiencia subjetiva de la persona en el marco de la facilitación de la recuperación y la promoción del bienestar. Por otro lado, se utilizan escalas a nivel cuantitativo que permiten valorar aspectos comunes en otras intervenciones como son: sintomatología clínica (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS; Kay et al., 1987); funcionalidad (Global Assessment of Functioning Scale: GAF; Spitzer et al., 2000); calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life Questionnaire: WHOQOL; 1993); habilidades sociales y comunicación inter e in-

tra personal: (Escala de Habilidades Sociales: EHS); y autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg: RSE; Rosenberg, 1965).

Consideramos preciso desarrollar métodos consensuados que permitan una valoración más específica de los resultados que generan estas intervenciones.

3. EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN ARTETERAPIA

a. Esquizofrenia

En las últimas décadas, el estudio de la eficacia de las intervenciones arteterapéuticas ha experimentado un aumento progresivo mostrando resultados prometedores en una amplia gama de situaciones clínicas, tanto en el ámbito de la salud física como mental (Collette, 2011; Domínguez, 2018; Deshmukh et al., 2018; Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud, 2019).

En esquizofrenia, en un estudio realizado por Green y colaboradores (1987), un grupo de pacientes con psicosis crónica mostraron mejores actitudes hacia ellos/as mismos/as y fueron mejor valorados por sus terapeutas que otro grupo que compartía características clínicas, pero no realizó tratamiento en arteterapia. La arteterapia consistía en un tratamiento co-adyuvante que se ofrecía en grupo durante diez semanas.

En una revisión de 7 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre los años 1974 y 2007 realizada por la NICE (2016) se puso de relevancia la eficacia de las terapias artísticas para la reducción de los síntomas negativos de la psicosis tanto para las personas ingresadas en un hospital como para aquellas atendidas ambulatoriamente, mostrando efectos de medianos a grandes en las

personas con esquizofrenia (García- Herrera Pérez-Bryan, 2019). Sin embargo, en revisiones posteriores, se remarca que no hay una conclusión clara sobre la evidencia de la eficacia de la arte-terapia en general (2 estudios; Liu et al., 2021). En el estudio de Laws & Conway, (2019) encuentran que es eficaz para el tratamiento de los síntomas negativos, pero parece que estas mejoras son mayores en aquellos estudios con menor calidad ya que no usan evaluaciones ciegas; además señalan que existe mayor riesgo de sesgo y parecería que las mejoras se dan más en aquellos estudios donde hay más mujeres y participantes más jóvenes (9 estudios). Cabe destacar que Bastampillai et al. (2016) critican la inclusión de esta terapia en la recomendación de la NICE y otras revisiones no la incluyen como un tratamiento eficaz (Cella et al., 2023). Por lo que sería conveniente contar con revisiones actualizadas sobre la eficacia de la arte-terapia en la psicosis.

A pesar de que no está clara la efectividad de la arte-terapia en la psicosis, si que se ha mostrado como una intervención que presenta una clara aceptabilidad (Attard et al., 2016).

b. Primer episodio psicótico y estado mental de alto riesgo de psicosis

En el abordaje psicoterapéutico temprano de la psicosis, se observa que este tipo de intervención puede contribuir al fortalecimiento de las funciones yoicas, a mejorar el sentido de la competencia y la autoestima, siendo un espacio que permite contener la ansiedad y vehicular la relación interpersonal (Reyes, 2003). A nivel cualitativo, en un grupo de personas con un primer episodio psicótico, se ha encontrado que la arte-terapia grupal parece que mejora el estrés, el autodescubrimiento, sentirse orgulloso/a de su arte, confianza y esperanza y vinculación a una actividad significativa (Ursuliak et al., 2020).

A día de hoy todavía son necesarias revisiones sistemáticas y metaanálisis que nos permitan recomendar con el uso de esta intervención en estadios psicopatológicos tan concretos como los PEP o EMAR. Es por ello, y dados los beneficios hallados para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en sintomatología negativa, , nos parece conveniente alentar la investigación rigurosa y sistematizada de esta modalidad terapéutica para aumentar los conocimientos y aplicaciones de ésta, de forma que pueda revertir en el bienestar de las personas atendidas, como se sugiere en la revisión de Liu et al.(2021).

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA ARTETERAPIA

- La arteterapia necesita mayor evidencia científica, puesto que existe poca literatura. Pero parecería que los resultados muestran que es una intervención bien tolerada y que podría ofrecerse a todas las personas con un trastorno del espectro psicótico, independientemente de la fase del trastorno.
- Cuando los tratamientos de terapias artísticas, incluido la arteterapia, se inician en fase aguda se recomienda que la intervención sea continuada hasta completarse, evitando interrupciones innecesarias. (García- Herrera Pérez-Bryan, 2019).
- La arteterapia parece que es una buena herramienta en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis para el abordaje de los síntomas negativos.
- La arteterapia es un abordaje especialmente interesante en los servicios donde se trabaja desde la perspectiva de la recuperación, ofreciendo un enfoque comprensivo de la idiosincrasia de la persona.

-
- A la hora de elegir este tipo de intervención, no es necesario priorizar a personas con habilidades o preferencias artísticas.

REFERENCIAS

<https://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/> Asociación Profesional de Arteterapeutas ATe.

Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. 2016 Nov;3(11):1067-1078. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30146-8.

Bastiampillai T, Allison S, Gupta A. NICE guidelines for schizophrenia: can art therapy be justified? *Lancet Psychiatry*. 2016 Nov;3(11):1016-1017. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30322-4.

Capella, C. (2009) Càtedra Psicològica Clínica Infanto_juvenil, dictada para V año de psicología, Universidad de Chile.

Cella, M., Roberts, S., Pillny, M., Riehle, M., O'Donoghue, B., Lyne, J., Tomlin, P., Valmaggia, L., & Preti, A. (2023). Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analyses. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 223(1), 321–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.21>

Collette, Nadia (2011). Arteterapia y cáncer. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 8, Núm. 1, 2011, pp. 81-99 ISSN: 1696-7240 - DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.7

Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep

2.10.2. ARTETERAPIA

13;9(9):CD011073. doi: 10.1002/14651858.CD011073.pub2.

Domínguez Toscano, P. M., Román Bentiuaga, J. y Montero Domínguez, A. Arteterapia para enfermos con alzhéimer (2018). Huelva: Universidad de Huelva.

García- Herrera Pérez-Bryan JM^a, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco A, Rivas Guerrero F, Morales Asencio JM, Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud, 2019.

Green BL, Wehlling C, Talsky GJ. Group art-therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hospital and Community Psychiatry. 1987; 38:988-91.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

Laws, K. R., & Conway, W. (2019). Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis. World journal of psychiatry, 9(8), 107–120. <https://doi.org/10.5498/wjp.v9.i8.107>

Liu, Z., Yang, Z., Xiao, C., Zhang, K., & Osmani, M. (2021). An Investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis. International journal of environmental research and public health, 19(1), 232. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010232>

Moreno, N. (2007) Arteterapia y adolescentes: promoviendo la expresión emocional de los conflictos con la autoridad. Tesis para optar al Curso de Especialización en Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Santiago: Universidad de Chile.

National Institute for Health and Care Excellence (2016). Psychosis and schizophrenia in children and young people recognition and management (NICE Guideline No. 155). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/evidence/full-guideline-pdf-6785647416>

Reyes, P. (2003) "Arteterapia grupal: Una revisión de sus enfoques y sus aplicaciones con trastornos severos." En: Aportes y Desafíos de la Práctica psicológica. Rehbein, L. (comp.) RIL Editores. Santiago de Chile

Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.

Sanz-Aranguez B., Del Rio M. (2006) La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. Archivos de psiquiatría, 73(2), 1-18.

Spitzer RL, Gibbon M, Endicott J. Global assessment scale (GAS), global assessment of functioning (GAF) scale, social and occupational functioning assessment scale (SOFAS). In: American Psychiatric Association, editor(s). Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). (1993). Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2(2), 153–159.

2.10.2. ARTETERAPIA

<https://baat.org/download/2724/BAAT-Guidelines-AT-Psychosis-PART-1-2-3-new-logo.pdf> The British Association of Art Therapists (BAAT) <https://baat.org/download/2724/BAAT-Guidelines-AT-Psychosis-PART-1-2-3-new-logo.pdf>

Uttley L, Stevenson M, Scope A, Rawdin A, Sutton A. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Psychiatry.* 2015 Jul 7;15:151. doi: 10.1186/s12888-015-0528-4. Erratum in: *BMC Psychiatry.* 2015;15:212.

Ursuliak Z, Hughes J, Crocker CE, MacKenzie A, Tibbo PG. Claymation art therapy in early phase psychosis: A qualitative study to explore participants' experiences with the program and identify outcome effects. *Early Interv Psychiatry.* 2020 Dec;14(6):698-704. doi: 10.1111/eip.12896.

2.10.3.

ACTIVIDAD FÍSICA

María Pascua García¹.

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu

1. INTRODUCCIÓN A LA INTERVENCIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA

La interacción entre mente-cuerpo ha sido ampliamente estudiada y el bienestar que aporta el ejercicio físico repercute claramente en la salud mental. A pesar de que el ejercicio físico no es una intervención psicológica como tal, trabajar de manera coordinada aspectos saludables como este facilita una mejor calidad de vida y bienestar que repercute en su recuperación. Sabemos que la problemática de salud mental se ve agravada por una alta prevalencia de trastornos somáticos comórbidos, generando consecuencias tales como una reducción de la esperanza de vida de 15 a 20 años en comparación con la población general. Los factores de riesgo asociados con la alta tasa de comorbilidades físicas son una vulnerabilidad genética en personas con problemas de salud mental, efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos y un estilo de vida deficiente, incluidos hábitos alimenticios poco saludables, abuso de sustancias, falta de sueño, bajos niveles de actividad física y largos períodos de sedentarismo (Schuch & Vancampfort, 2021). El aumento de peso que se evidencia en las

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

personas que presentan esquizofrenia también puede contribuir al deterioro de la autoestima, así como al aumento del malestar relacionado con la apariencia física y las interacciones sociales (Girdler et al., 2019). Por otro lado, los síntomas negativos en la esquizofrenia son un predictor importante tanto del curso como del resultado desfavorable del trastorno y están relacionados, entre otros factores, con la inactividad física. Por lo tanto, fomentar la realización de ejercicio físico en personas con esquizofrenia, podría tener un efecto beneficioso, también sobre los síntomas clínicos (Dauwan et al., 2016).

La actividad física se define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía”, y el ejercicio, conocido como “un subconjunto de la actividad física que es planificada, estructurada y repetitiva y tiene como objetivo final o intermedio la mejora o el mantenimiento de la aptitud física” (Schuch & Vancampfort, 2021). En los últimos tiempos, se ha producido un aumento de estudios que secundan el ejercicio como una modalidad de tratamiento que puede abordar factores críticos como la calidad de vida, la disfunción cognitiva o la sintomatología presente en trastornos mentales como la esquizofrenia (Girdler et al., 2019). A su vez, destaca la utilidad en el abordaje de los malos hábitos de salud o como complemento de los efectos secundarios negativos derivados de la medicación (Mittal et al., 2017).

Las evidencias que apoyan los efectos beneficiosos de la actividad física y el ejercicio en personas con problemas de salud mental, entre ellos la esquizofrenia, se ha disparado en los últimos 10 años, componiendo líneas verdaderamente novedosas a nivel de investigación aplicada y siendo una de las intervenciones que se recoge como recomendada por la OMS (World Health Organization, 2023). Los beneficios parecen extenderse

más allá de los síntomas diagnósticos centrales, incluidas las mejoras en los síntomas cognitivos y la calidad de vida (Schuch & Vancampfort, 2021). En la población general, se ha demostrado que el ejercicio aeróbico mejora la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria y las funciones ejecutivas, muchas de las cuales se ven afectadas por la esquizofrenia, además de ejercer una influencia en el volumen del hipocampo y la plasticidad neuronal (Girdler et al., 2019). La actividad física, por tanto, favorece el desarrollo personal y social, fomentando el aprendizaje de nuevas habilidades motoras y cooperando con el grupo de iguales, dando lugar a un espacio de ocio y disfrute, adoptando a su vez, estilos de vida saludables. A nivel nacional existen iniciativas como sport2live que promocionan un tipo de actividad física concreta dirigida a personas con trastornos mentales graves (<https://www.sport2live.org/>).

Existen datos que avalan que, las personas que presentan un trastorno mental grave, tienen entre un 20 y un 40% más de probabilidades de morbi-mortalidad, especialmente de tener efectos cardiovasculares adversos (Cortés Morales, 2011; Fuenmayor et al., 2021) y una esperanza de vida reducida de 10 a 20 años (Masa-Font et al., 2015; Mazereel et al., 2020; Singh et al., 2018). Concretamente, en el caso de la esquizofrenia, se asocia con una esperanza de vida reducida y un mayor riesgo de mortalidad (2,5 veces mayor) que en la población general (Ijaz et al., 2018; Ratliff et al., 2012). Las enfermedades médicas prevenibles y modificables, como son las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, son responsables en gran parte de dicho aumento (Mittal et al., 2017).

Entre los factores que se han propuesto como promotores de este incremento encontramos: sedentarismo, dieta no saludable, efectos de algunas medicaciones psicotrópicas, así como algu-

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

nos factores de predisposición genética comunes a la esquizofrenia y a la resistencia a la insulina. Frecuentemente hallamos alteraciones somáticas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, como son la obesidad, la dislipemia, la hipertensión y la diabetes. Todos ellos forman parte del conocido síndrome metabólico (Cortés Morales, 2011), también conocido como síndrome plurimetabólico o síndrome X, que aumenta el riesgo cardiovascular, altera la calidad de vida e incrementa el gasto sanitario. Por todo ello es considerado, a día de hoy, la epidemia del siglo XXI (Fernández-Ruiz et al., 2014).

Existen multitud de descripciones sobre el síndrome metabólico, pero atendiendo a la detallada por Cortés Morales (2011), puede definirse como la asociación de varios factores de riesgo cardiometaabólicos asociados a la resistencia insulínica, entre ellos: obesidad abdominal (excesivo tejido adiposo en y alrededor del abdomen), dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridema, disminución del colesterol-HDL y aumento del colesterol-LDL), hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, estado protrombótico (elevación en sangre del fibrinógeno o inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1) y estado proinflamatorio (elevación en sangre de la proteína C reactiva). Estos factores de riesgo favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que incluyen enfermedad coronaria y cerebrovascular, así como Diabetes Mellitus, tipo 2. Por otro lado, atendiendo al síndrome metabólico, existen diferentes estudios que revelan la presencia de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en los pacientes con problemas de salud mental de larga evolución, tal y como refleja el realizado en Cataluña en el año 2010 (Foguet Boreu et al., 2013). El síndrome metabólico es, por tanto, el resultado de la actuación de factores causales sobre una base genética, donde el entorno y los hábitos de vida del individuo son importantes en su expresión (Martínez et al., 2021).

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Es importante llevar a cabo un registro de las medidas antropométricas y de las constantes vitales (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal, presión arterial y frecuencia cardíaca), analítica en ayunas de al menos 8h —hematimetría, perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, colesterol), creatinina basal, glucemia— y electrocardiograma en el momento que se diagnostique la esquizofrenia. Si los resultados se encuentran dentro de los valores considerados en rango, sería conveniente repetirlos anualmente, excepto la antropometría y las constantes vitales, que sería apropiado evaluarlas cada 6 meses. Tras cambios de medicación o aumento de peso, sería de interés volver a realizar estas determinaciones (Ruiz & García, 2008).

Existen estudios que garantizan que 90 minutos o más de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa por semana puede reducir significativamente los síntomas derivados del trastorno (Firth et al., 2018). El ejercicio físico disminuye notablemente el malestar psicológico que se produce en la esquizofrenia. Se ha propuesto el yoga para reducir los síntomas positivos y negativos, mediante un programa que incluye: enasanas (posturas o ejercicios como estar de pie, torsión, saludo al sol, equilibrio, rotaciones articulares), pranayama (es decir, ejercicios de respiración) y ejercicios de relajación (Dauwan et al., 2016).

3. EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

a. Esquizofrenia

Se ha comenzado a incorporar la evidencia científica disponible y existe la propuesta generalizada de que la actividad física y el ejercicio deben integrarse en la atención de la salud

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

mental. Atendiendo a las directrices de la Asociación Europea de Psiquiatría sobre la promoción de la actividad física en personas con trastorno mental, afirman que existe una considerable evidencia empírica que respalda el uso de intervenciones de actividad física en el tratamiento de los trastornos del espectro de la psicosis (Dauwan et al., 2016; Rosenbaum et al., 2014; Stubbs et al., 2016). Recientemente la OMS también ha recomendado esta intervención para la rehabilitación de personas con esquizofrenia (World Health Organization. (2023).

Un metaanálisis de 2015, aseguró que un mínimo de 90 minutos de ejercicio estructurado por semana, podía reducir significativamente la gravedad tanto de los síntomas positivos como de los negativos en personas con esquizofrenia que estaban tomando medicamentos antipsicóticos (Firth et al., 2015). En un metaanálisis posterior también se demostró que la actividad física reducía los síntomas negativos, sin embargo, los/as autores sugerían que la calidad de los estudios debería ser tenida en cuenta por la heterogeneidad en las intervenciones evaluadas (Vogel et al., 2019). Por otro lado, en personas con esquizofrenia también se ha visto que el ejercicio aeróbico aumentaría el volumen del hipocampo tras 3 meses de entrenamiento (Pajonk et al., 2010).

Como intervenciones más efectivas para la reducción de peso, encontramos los programas de promoción de la actividad física y ejercicio, seguidas de la psicoeducación en personas que presentan esquizofrenia. Las intervenciones en el estilo de vida también han demostrado ser efectivas para reducir los triglicéridos, el colesterol total y el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (Stubbs et al., 2016). En el metaanálisis de Fernández-Abascal et al. (2021) encontraron que

aquellas intervenciones que incluían ejercicio físico (sobre todo aeróbico moderado o vigoroso), mejoraban las medidas antropométricas, además de síntomas psicóticos, cognitivos y funcionamiento global. También encontraron que el mantenimiento era mayor con intervenciones psicológicas lo que sugiere la necesidad de combinar una intervención de ejercicio físico con una intervención psicológica dirigida a la mejora de hábitos saludables que permita un mejor mantenimiento de los resultados.

Mejorar el síndrome metabólico es uno de los objetivos de las intervenciones en ejercicio físico. Mazereel et al. (2020) refirieron que las alteraciones metabólicas son más prevalentes en personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia. Es importante destacar la obesidad, puesto que se trata de un problema mundial, afectando al 36,9% de los hombres y al 38% de las mujeres, considerándose un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, conduciendo a una mala adherencia al tratamiento, empeorando la calidad de vida y aumentando la tasa de mortalidad (Singh et al., 2018). El sobrepeso y la obesidad son de dos a tres veces más frecuentes en pacientes que presentan trastornos psicóticos (Masa-Font et al., 2015).

b. Primer episodio psicótico

Los/as investigadoras han observado que la actividad física es un factor protector del inicio de la psicosis en la población general (Firth et al., 2020). Un gran número de estudios secundan la intervención temprana en la esquizofrenia, incluso antes del PEP. En la adolescencia se pueden presentar diversos trastornos físicos previos al inicio del PEP, aumentando la multimorbilidad en el espectro de la psicosis (Viljoen & Roos, 2020). Actuando en este

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

periodo, se podría atenuar el aumento de peso y la alteración metabólica que suceden al poco tiempo de comenzar la toma de la medicación antipsicótica (Firth et al., 2018).

Asimismo, la psicosis temprana es un periodo en que las actuaciones que se dirigen a los síntomas negativos y cognitivos pueden potenciar la recuperación funcional, ya que logran ser más efectivas en las primeras fases del trastorno. Los adultos jóvenes consideran que poseen mayor capacidad para participar en el ejercicio cuando se encuentran en una edad más temprana, con un índice de masa corporal más bajo y en ausencia de trastornos metabólicos, además de establecer hábitos persistentes de ejercicio regular (Firth et al., 2016; Fernández-Abascal et al., 2021). De igual manera, las intervenciones de estilo de vida saludable, que integran tanto el ejercicio como los componentes dietéticos, pueden mejorar significativamente el funcionamiento psicosocial (Firth et al., 2018). En este estudio, se examinó los efectos del ejercicio sobre la psicopatología en la psicosis temprana. Las puntuaciones totales de PANSS disminuyeron en un 27% después de 10 semanas de ejercicio. Resaltan las mejoras en los síntomas negativos, que tienen un fuerte impacto en la recuperación a largo plazo. La trascendencia de la mejoría observada en los síntomas fue clínicamente significativa, al igual que el funcionamiento social en el grupo de intervención (Firth et al., 2018).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la aptitud cardiorespiratoria es uno de los predictores más potentes de la salud metabólica tras el tratamiento antipsicótico y mejora con el ejercicio durante las primeras etapas del trastorno (Firth et al., 2018). Además, parece tratarse de un tiempo óptimo no sólo para retrasar o prevenir potencialmente la aparición de episodios psicóticos, sino también para proporcionar a los jóvenes una estrategia

de autocuidado, mejorando su bienestar psicológico, aumentando el funcionamiento cognitivo y ayudando a proteger su salud física (Firth et al., 2020). La autonomía y el apoyo social han sido identificados como factores críticos para involucrar eficazmente a los/as jóvenes con PEP en la práctica de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa (Firth et al., 2016).

Existen varios estudios que avalan la eficacia en períodos iniciales de la psicosis. Firth et al., (2016) señala que los síntomas positivos de la psicosis pueden ser indicios de una “pérdida de contacto con la realidad” y cómo las personas que los presentan describen que el ejercicio les permite “conectar de nuevo”, desligándose de ellos. Añaden una percepción estimulante tras las sesiones o cómo el logro de sus objetivos en el entorno de ejercicio había aumentado su autoeficacia y confianza en otras áreas de la vida, ayudando a mejorar el funcionamiento psicosocial. Por lo tanto, se propone el ejercicio como un método desestigmatizante, empoderador y natural para superar los síntomas negativos en la psicosis temprana, que generalmente no responden al tratamiento antipsicótico. Por otro lado, Larsen et al. (2019), sugieren que la organización de las sesiones individuales habría respaldado la sensación de los participantes de poder estructurar sus pensamientos, de manera que disminuiría su ansiedad. Esto se confirmaría en un estudio cualitativo que halló una mejora de la salud mental de los individuos que participaron en un programa de entrenamiento individualizado de 10 semanas, dotándoles de una sensación de logro y confianza en sí mismos/as (Larsen et al., 2019).

c. Estado Mental de Alto Riesgo de Psicosis

La implementación de intervenciones de actividad física en la atención a las personas con EMAR se ve respaldada por el hecho de

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

que, junto con los trastornos mentales, tienen un riesgo mayor de presentar problemas de salud física que la población general (Carney et al., 2016). La población EMAR se ha observado que presenta factores de riesgo cardiometabólico susceptible de mejora si se interviene de forma temprana en su salud física (Carney et al., 2016). Pero también se ha apreciado en un estudio retrospectivo en que se evaluaba si se tomaban registros de variables asociadas con riesgo cardiometabólico (p.e.- índice de masa corporal, presión arterial, glucosa y lípidos en sangre, niveles de actividad física, tabaquismo), que la salud física y los factores de estilo de vida poco saludables no se registraban de forma rutinaria (Carney et al., 2018).

Por otro lado, en un estudio de intervención en actividad física, participaron doce personas con EMAR para completar tres meses de ejercicio aeróbico de intensidad moderada o vigorosa (Dean et al., 2017). Los y las pacientes presentaron una reducción significativa de los síntomas positivos y negativos, y mejoraron el funcionamiento social y cognitivo, una función social y de rol mejorada, y una cognición mejorada tras el ejercicio de intensidad moderada.

4. RECOMENDACIONES PARA LA APLICABILIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Las intervenciones en el estilo de vida, como son el ejercicio físico pueden reforzar el manejo efectivo de la enfermedad metabólica (Singh et al., 2018). La colaboración entre los y las profesionales de la salud mental es esencial para desarrollar actividades de atención física y programas de promoción de la salud (Masa-Font et al., 2015).
- Los beneficios físicos, psicológicos y cognitivos de la actividad física se pueden obtener a través de diversas formas de

modalidades de ejercicio, incluyendo la aptitud aeróbica, el entrenamiento de resistencia y los grupos deportivos (Firth et al., 2020):

- Las directrices de la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) sobre la actividad física para trastornos mentales graves sugieren ejercicio aeróbico de intensidad moderada a vigorosa con una frecuencia de 2-3 veces a la semana, logrando 90-150 minutos de actividad física moderada a vigorosa por semana (Viljoen & Roos, 2020).
- Los ejercicios grupales resultan rentables y fomentan el desarrollo de las relaciones sociales. Por lo tanto, la evaluación cualitativa de los datos actuales recomienda implementar programas de ejercicio grupal supervisados de al menos 30 minutos al día, 3 veces por semana durante un mínimo de 12 semanas, considerando la continuación a largo plazo para obtener resultados más consolidados (Dauwan et al., 2016).
- El ejercicio debe adaptarse a las necesidades individuales, eligiendo tipos de actividades que sean flexibles para las personas con esquizofrenia, seleccionando en función de sus preferencias, de manera que se promueva la aceptación y la adherencia a la actividad física regular.
- La falta de adherencia del y la paciente, especialmente en aquellos que presentan síntomas negativos graves, constituye una dificultad para la práctica de ejercicio físico. Los programas de ejercicio aeróbico estructurados y observados parecen ser los más efectivos para lograr el cumplimiento (Girdler et al., 2019), así como la motivación y el apoyo social por parte de profesionales implicados/as y del entorno de la persona (Viljoen & Roos, 2020).

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

- En personas con PEP, el entrenamiento supervisado, grupal, de intensidad moderada a alta, impartido por profesionales no sanitarios en un entorno que no sea clínico, tiene el potencial de proporcionar un entorno juvenil y alejado del estigma, lo que podría favorecer la adherencia a la actividad física y la recuperación (Larsen et al., 2019).

REFERENCIAS

- Dean, D. J., Bryan, A. D., Newberry, R., Gupta, T., Carol, E., & Mittal, V. A. (2017). A Supervised Exercise Intervention for Youth at Risk for Psychosis: An Open-Label Pilot Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(9), e1167–e1173. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11365>
- Carney, R., Cotter, J., Bradshaw, T., Firth, J., & Yung, A. R. (2016). Cardiometabolic risk factors in young people at ultra-high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 170(2-3), 290–300. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.010>
- Carney, R., Bradshaw, T., & Yung, A. R. (2018). Monitoring of physical health in services for young people at ultra-high risk of psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 12(2), 153–159. <https://doi.org/10.1111/eip.12288>
- Cortés Morales, B. (2011). Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 303-320. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200009>
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life,

Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 588-599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>

Fernández-Abascal B, Suárez-Pinilla P, Cobo-Corrales C, Crespo-Facorro B, Suárez-Pinilla M.(2021). In- and outpatient lifestyle interventions on diet and exercise and their effect on physical and psychological health: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials in patients with schizophrenia spectrum disorders and first episode of psychosis. *Neurosci Biobehav Rev*. 125:535-568. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.005.

Fernández-Ruiz, V. E., Paniagua-Urbano, J. A., Solé-Agustí, M., Ruiz-Sánchez, A., & Gómez-Marín, J. (2014). Prevalencia de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en un área urbana de Murcia. *Nutricion Hospitalaria*, 30(5), 1077-1083. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.5.7681>

Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med* 45:1343-61. doi:10.1017/S0033291714003110.

Firth, J., Carney, R., Elliott, R., French, P., Parker, S., McIntyre, R., McPhee, J. S., & Yung, A. R. (2018). Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early intervention in psychiatry*, 12(3), 307-315. <https://doi.org/10.1111/eip.12329>

Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2016). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 16, 36. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0751-7>

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

Firth, J., Schuch, F., & Mittal, V. A. (2020). Using exercise to protect physical and mental health in youth at risk for psychosis. *Research in psychotherapy* (Milano), 23(1), 433. <https://doi.org/10.4081/rippo.2020.433>

Foguet Boreu, Q., Roura Poch, P., Bullón Chia, A., Mauri Martin, C., Gordo Serra, N., Cecília Costa, R., & en representación del grupo de Riesgo Cardiovascular en Trastorno Mental Severo (RISCA-TMS). (2013). [Cardiovascular risk factors, cardiovascular risk and quality of life in patients with a severe mental disorder]. *Atencion primaria*, 45(3), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.010>

Fuenmayor, G., Antonio, M., Guerra, M. Z., Sánchez, R., Andrés, L., Antonio, M., & Fuenmayor, G. (2021). Aproximación al síndrome metabólico en el paciente psiquiátrico Approach to the metabolic syndrome in psychiatric patients. 0-7.

Girdler, S. J., Confino, J. E., & Woesner, M. E. (2019). Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56-69. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30858639>

Ijaz, S., Bolea, B., Davies, S., Savovic, J., Richards, A., Sullivan, S., & Moran, P. (2018). Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. *BMC psychiatry*, 18(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1848-y>

Larsen, L. Q., Schnor, H., Tersbøl, B. P., Ebdrup, B. H., Nordsborg, N. B., & Midtgård, J. (2019). The impact of exercise training complementary to early intervention in patients with first-episode psychosis: a qualitative sub-study from a randomized

controlled feasibility trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2179-3>

Martínez, M. P., Vergara, I. D., Karol, Molano, Q., Mariana, Perez, M., Andrés, A., & Ospina, P. (2021). Síndrome Metabólico en Adultos: Revisión Narrativa de la Literatura. iMedPub Journals. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/siacutendrome-metaboacutelico-en-adultos-revisioacute-n-narrativa-de-la-literatura.pdf>

Masa-Font, R., Fernández-San-Martín, M. I., Martín López, L. M., Alba Muñoz, A. M., Oller Canet, S., Martín Royo, J., San Emeterio Echevarría, L., Olona Tabueña, N., Ibarra Jato, M., Barroso García, A., González Tejón, S., Tajada Vitales, C., Díaz Mújica, B., Viñas Cabrera, L., Sanchís Catalán, R., & Salvador Barbarroja, T. (2015). The effectiveness of a program of physical activity and diet to modify cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness after 3-month follow-up: CAPiCOR randomized clinical trial. *European Psychiatry*, 30(8), 1028-1036. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.006>

Mazereel, V., Detraux, J., Vancampfort, D., van Winkel, R., & De Hert, M. (2020). Impact of Psychotropic Medication Effects on Obesity and the Metabolic Syndrome in People With Serious Mental Illness. *Frontiers in endocrinology*, 11, 573479. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.573479>

Mittal, V. A., Vargas, T., Juston Osborne, K., Dean, D., Gupta, T., Ristanovic, I., Hooker, C. I., & Shankman, S. A. (2017). Exercise Treatments for Psychosis: a Review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(2), 152-166. <https://doi.org/10.1007/s40501-017-0112-2>

2.10.3. ACTIVIDAD FÍSICA

- Pajonk, F. G., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., Kierer, A., Müller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A. E., Honer, W. G., & Falkai, P. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 133–143. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.193>
- Ratliff, J. C., Palmese, L. B., Reutenauer, E. L., Liskov, E., Grilo, C. M., & Tek, C. (2012). The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 1028-1033. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.02.003>
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 964-974. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
- Ruiz, J., & García, J. (2008). Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Españolas de ...*, 36(5), 251-264.
- Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>
- Singh, V. K., Karmani, S., Malo, P. K., Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., Venkatasubramanian, G., & Muralidharan, K. (2018). Impact of lifestyle modification on some components of metabolic syndrome in persons with severe mental disorders: A

meta-analysis. *Schizophrenia research*, 202, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.066>

Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gau-
ghran, F., Veronesse, N., Williams, J., Craig, T., Yung, A. R., & Van-
campfort, D. (2016). How much physical activity do people with
schizophrenia engage in? A systematic review, comparative
meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia research*,
176(2-3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>

Viljoen, M., & Roos, J. L. (2020). Physical exercise and the patient
with schizophrenia. *Australian Journal of General Practice*,
49(12), 803-808. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5384>

Vogel JS, van der Gaag M, Slofstra C, Knegtering H, Bruins J, Cas-
telein S. (2019). The effect of mind-body and aerobic exercise
on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psy-
chiatry Res.* 279:295-305. doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.012.

World Health Organization. (2023). Package of interventions for
rehabilitation. Module 8. Mental health conditions. Geneva:
World Health Organization (Package of interventions for reha-
bilitation). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071285>).

Parte II

ASPECTOS RELEVANTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

3.1.

BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

A pesar de la evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas en personas con psicosis, hoy en día la gran mayoría de ellas no están recibiendo tratamiento psicológico. Algunos/as autores/as encuentran que aproximadamente un 25% de las personas con psicosis reciben estos tratamientos (Collin et al., 2017), incluso otros estudios sugieren que el porcentaje es menor del 10% (Haddock, 2014), algunos motivos pueden ser las diferentes barreras que describiremos a continuación.

Entre las barreras para una adecuada implementación de intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con un trastorno del espectro psicótico podemos destacar dificultades a nivel organizativo, de los/as profesionales y de los/as destinatarias.

Entre los factores organizativos, se ha destacado la **falta de apoyo** de los cargos de gestión como un factor significativo en la implementación deficiente de las intervenciones psicológicas (Berry & Haddock, 2008; Rowlands, 2004). La falta de recursos ha sido una de las barreras organizativas que se ha observado con más frecuencia. Asimismo, otros elementos que se han destacado son: la falta de tiempo dedicado a la terapia, la falta de capacitación especializada (p.e.- en relación a la implementación de la IF), las presiones de la carga de trabajo, las exigencias de la gestión de crisis, la escasez de personal cualificado y la fal-

3.1. BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

ta de sistemas de información sistemáticos para ayudar a identificar a los usuarios de los servicios con diagnóstico de esquizofrenia (Bailey et al., 2003; Kuipers, 2011; Michie et al., 2007; Sin & Scully, 2008; The Schizophrenia Commission, 2012; Williams, 2008). En ocasiones, las habilidades adquiridas en formaciones pueden ser difíciles de implementar debido a las presiones de tiempo y carga de trabajo, lo que propicia el uso de antiguas formas de trabajar con las que los y las profesionales se sienten más cómodos/as y seguros/as (Jolley et al., 2012; Prytys et al., 2011). Por otro lado, una gestión y actitud negativa por parte de los equipos hacia las intervenciones psicológicas (Bailey et al., 2003), así como la falta de identificación y priorización de las necesidades psicológicas (Braehler & Harper, 2008; Lewis et al., 2012; Williams, 2008) o la carencia de una estructura organizativa de los servicios adecuada para el desarrollo de las terapias (Murphy, 2007), han sido otras de las dificultades que se han identificado en el proceso de implementación de las intervenciones psicológicas. Finalmente, cabe destacar la prioridad que se le ha otorgado a algunas intervenciones en detrimento de otras, como por ejemplo la IF considerada como una intervención extra en muchas ocasiones o las intervenciones focalizadas en los tratamientos farmacológicos vs. psicológicos, donde la prioridad clínica se ha puesto en la remisión clínica y no tanto en la recuperación funcional o personal (Berry et al., 2008).

Asimismo, se han identificado barreras relacionadas con las actitudes y creencias de los/as **profesionales**, en concreto acerca de las creencias de no poseer las habilidades requeridas para implementar terapias como la TCC o la IF y la falta de claridad sobre a quién se debería ofrecer estas intervenciones (Bailey et al., 2003; Braehler & Harper, 2008; Kuipers, 2011; Prytys et al., 2011; Williams, 2008). Otros de los elementos que han sido detectados están relacionados con el valor percibido de las in-

tervenciones psicológicas, en particular, si éstas serían adecuadas para determinados grupos de pacientes o si los hallazgos de investigación se podrían aplicar a entornos clínicos (Braehler & Harper, 2008; Lewis et al., 2012; Prytys et al., 2011; Williams, 2008). Finalmente, se han detectado barreras relacionadas con la confianza de los y las profesionales en su capacidad para implementar intervenciones psicológicas con fidelidad. La carencia de sesiones de supervisión o la falta de reconocimiento de profesionales acerca de las necesidades formativas han sido obstáculos para la adecuada implementación de las terapias (Murphy, 2007).

Entre las barreras encontradas en los **destinatarios/as** de las intervenciones psicológicas encontramos la oposición de usuarios/as o familias de los servicios de salud mental a participar en los propios dispositivos debido a un sentimiento de falta de empoderamiento, la culpa o el estigma (Berry & Haddock, 2008). La falta de compromiso de los/as pacientes, las actitudes negativas de las familias hacia la IF, los efectos adversos del tratamiento farmacológico o la incapacidad de participar en terapias debido a la gravedad sintomática han sido otros de los elementos que han condicionado la adecuada implementación de las intervenciones psicológicas.

Finalmente, destacar la necesidad de evaluar estas barreras a través de herramientas que permitan su identificación de modo que sea posible un proceso de monitorización y puesta en marcha de estrategias para la mejora de la implementación de las intervenciones psicológicas, así como tener en cuenta los aspectos cualitativos que permiten evaluar la aceptabilidad y la eficacia de las intervenciones.

3.2.

CULTURA ORGANIZACIONAL

a. Importancia de la organización

La implementación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica como las que aparecen en la presente guía han de ser llevadas al contexto de un determinado lugar y momento en el tiempo, con una dotación determinada de recursos, por un grupo de profesionales determinado que cuenta con una historia única, todo ello condicionando de forma importante su puesta en práctica. Desafortunadamente, la evaluación de la implementación de las guías clínicas en esquizofrenia, tanto nacionales como internacionales, ha tendido a recibir una atención muy limitada (Rowlands, 2004). Además, los datos de los que disponemos indican que la implementación de las terapias psicológicas recomendadas en las guías es pobre (Kingdon & Turkington; 2019) y que, tal y como hemos visto en el apartado anterior, entre las barreras identificadas para su implementación se encuentran aquellas que tienen que ver con aspectos de la organización (Berry & Haddock; 2008).

Es por ello que, en el presente apartado, nos centraremos en revisar las áreas destacadas en los estudios sobre la implementación de las terapias psicológicas recomendadas en las guías clínicas para el tratamiento de la esquizofrenia, en concreto en aquellas áreas que tiene que ver con el contexto organizacional, señalan-

do fórmulas para superar las barreras existentes mencionadas previamente (ver apartado “Barreras”).

b. Recursos sanitarios dedicados a las terapias psicológicas para la esquizofrenia

A pesar de la existencia de recomendaciones basadas en la evidencia científica que cuentan con importante robustez, las personas con esquizofrenia han estado tradicionalmente en desventaja en términos de acceso a los servicios de salud mental, entre otras cosas por la priorización de recursos a otros fines (Rowlands, 2004). La provisión de recursos para poder llevar a cabo intervenciones psicológicas resulta un requisito fundamental- aunque no único- para su correcto despliegue. La organización debe dotar de los recursos económicos necesarios para poder incluir dichos tratamientos dentro de la cartera de servicios de psicología clínica y asegurar que se puedan ofrecer, junto con la dotación de profesionales, tiempo, regularidad, y flexibilidad horaria necesarios, así como disponer de criterios y medios para valorar su implementación y eficacia.

c. Relevancia de la perspectiva bio-psico-social dentro de la organización

En los estudios sobre la implementación de la TCC en la esquizofrenia llevados a cabo en Australia (Farhall & Cotton, 2002), Estados Unidos (Spidel et al., 2006) y Reino Unido (Tarrier, 2005) se pone de manifiesto la presencia de bajas tasas de implementación. Estas están explicadas, en gran parte, no solo por la tendencia a dar insuficientes recursos para las mismas, sino también por un pobre soporte por parte de la dirección de los servicios, con escaso despliegue de los mecanismos de gestión para hacerlas posibles, en un clima organizacional claramente priorizador de las terapias far-

macológicas en el contexto de equipos muy ocupados donde los requerimientos médico-legales toman prioridad por encima de las costosas y tiempo-demandantes terapias psicológicas. La mayor parte de trabajos coinciden en sugerir que las terapias psicológicas para la esquizofrenia tienen mayor probabilidad de ofrecerse en el contexto de equipos cohesivos y de soporte mutuo, dentro de una estructura de servicio que defienda un modelo holístico y biopsicosocial de la psicosis, que tenga como objetivo final el bienestar del/la paciente (Greenwood, 2017). Para garantizar este trabajo cohesionado se hace necesario un trabajo conjunto y multidisciplinar, donde los profesionales puedan llevar a cabo el proyecto terapéutico en una misma dirección.

Por otro lado, las organizaciones se han basado en modelos sindrómicos donde se establece un diagnóstico y ofrecemos tratamientos basados en la evidencia actual. Pero este tipo de prácticas muchas veces está desconectado de lo que los y las pacientes necesitan y se ignora la naturaleza transindrómica de las dificultades mentales. En vez del modelo médico de curación deberíamos trabajar con la percepción de que los trastornos mentales son vulnerabilidades con las que tenemos que aprender a convivir y progresivamente fortalecer nuestra resiliencia. Según Van Os et al. (2019) la atención en salud mental debería ir encamindada a fomentar la conexión social, apoyo entre pares organizando asociaciones de recuperación y a la reducción de los síntomas transdiagnósticos adaptados para servir al proceso superior de recuperación personal y participación social e integrado todo ello con sistemas tecnológicos de información y tratamiento.

d. Flexibilidad en las estructuras de funcionamiento organizacional

Más allá de disponer de los recursos económicos para llevar a cabo las terapias psicológicas recomendadas en las guías clíni-

cas, se destaca la importancia de contar con cierta flexibilidad en el funcionamiento organizacional para poder desplegar de forma adecuada las intervenciones y hacer que lleguen a los y las usuarias necesitadas de las mismas. La flexibilidad respecto al lugar donde se lleven a cabo, los horarios en que se puedan ofrecer, la gestión de las ausencias, etc., son fundamentales para podernos adaptar a las necesidades concretas de las personas atendidas. La opción de acudir sólo en determinados horarios, la limitación a poder realizar las terapias únicamente en los centros de salud, la falta de espacios para realizar intervenciones grupales, entre otros factores, son a veces aspectos disuasorios para que muchos de nuestros/as pacientes y familiares reciban intervenciones psicológicas indicadas para su caso.

e. Importancia de la formación y acceso a supervisión del personal

Para poder asegurar la implementación de las terapias psicológicas indicadas, se espera que los servicios puedan identificar posibles vacíos en las habilidades para llevar a cabo las intervenciones y puedan ofrecer formación continuada que permita llenar dichos vacíos. También se espera que los servicios auditén regularmente la proporción de pacientes cuyo tratamiento y abordaje se adhiere a las guías clínicas.

Además, se debe garantizar que los servicios de salud mental puedan ofrecer a las personas con psicosis las mejores intervenciones disponibles, así como facilitar estrategias de supervisión para la correcta implementación de estas.

3.3.

NUEVAS DIRECCIONES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS CON PSICOSIS

La salud digital se está abriendo paso en su objetivo por incorporarse a la práctica clínica creando aproximaciones digitales con resultados en salud mental cada vez más prometedores.

En las personas con psicosis cabe destacar que la propiedad de teléfonos inteligentes es relativamente alta y va en aumento (Firth et al., 2016; Young et al., 2020). También se ha observado una actitud positiva hacia el uso del móvil para recibir recordatorios sobre citas, contactar con los y las profesionales o monitorizar su salud mental, pudiendo utilizarse como soporte a la intervención psicológica (Firth et al., 2016). Por tanto, nos encontramos ante una situación propicia para promover el desarrollo de intervenciones apoyadas en herramientas digitales.

En una revisión de estudios de telepsiquiatría con videoconferencia en trastornos del espectro psicótico (Santesteban-Echarri et al., 2020), hubo una elevada aceptabilidad hacia la intervención comparada con el método tradicional. No se detectaron dificultades sobrevenidas por la ideación delirante de los/as pacientes hacia las nuevas tecnologías. Ambos formatos de intervención obtuvieron buenos resultados clínicos y de funcionalidad, pero la videoconferencia fue superior en las tasas de retención. Los y las pacientes se mostraron satisfechas utilizando

do esta herramienta, y su uso fue preferido a esperar una sesión terapéutica o desplazarse para ver a un/a psiquiatra.

Con respecto a las intervenciones psicológicas basadas en internet, la evidencia existente aún es limitada, aunque prometedora, y hacen falta ensayos clínicos aleatorizados más rigurosos para evaluar la eficacia (Best et al., 2023). Entre otros, hay un estudio en esquizofrenia con una versión computerizada de la TCC aplicada a psicosis, centrada en las alucinaciones auditivas, donde el grupo de tratamiento obtuvo una mejoría similar en la gravedad de las alucinaciones auditivas y otros síntomas, y superior en el funcionamiento social, al grupo control (Gottlieb et al., 2017). También hay un estudio en una intervención psicoeducativa remota, donde las personas con esquizofrenia que realizaron la intervención presentaron menor estrés percibido respecto al grupo control (Rotondi et al., 2005).

Por otro lado, se han desarrollado aplicaciones móviles en esquizofrenia, PEPs y EMARs. En esquizofrenia, hay aplicaciones como FOCUS (Ben-Zeev et al., 2018) y mindLAMP (Torous et al., 2019) que ofrecen módulos de intervención para el manejo de las voces, la app MASS que aborda la motivación social y los déficits de habilidades en esquizofrenia (Fulford et al., 2020) y la intervención digital SlowMo para el manejo de la ideación delirante (Garety et al., 2021). En esquizofrenia resistente, la app m-RESIST ofrece módulos de intervención para los síntomas positivos, adherencia al tratamiento y hábitos saludables (Grasa et al., 2023). Se han obtenido resultados clínicos prometedores, por ejemplo, en síntomas negativos (Kim et al., 2022), paranoia (Garety et al., 2021) o calidad de vida y recuperación (Ben Zeev et al., 2018). En PEP, en una revisión sistemática de 2023 (Maechling et al., 2023), se seleccionaron siete estudios que estaban centrados en la monitorización de síntomas, la intervención terapéutica y/o la sociabilidad. La

3.3. NUEVAS DIRECCIONES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS CON PSICOSIS

mayoría de los estudios obtuvo mejorías en síntomas (Bucci et al., 2018; Lewis et al., 2020; Ludwig et al., 2021, McEnerey et al., 2021; Schlosser et al., 2018). En uno de los estudios también se redujeron las hospitalizaciones (Bonet et al., 2020), y en dos estudios las visitas a urgencias (Bonet et al., 2020; Alvarez-Jimenez et al., 2021). En el caso de las personas con EMARs, en una revisión del 2020 (Rus-Calafell & Schneider, 2020), se seleccionaron siete estudios de aplicaciones móviles que ofrecían intervenciones psicológicas. De ellos, sólo tres estudios eran ensayos clínicos (se ofrecía la TCC y la terapia positiva), el resto eran publicaciones de protocolos. En los tres ensayos clínicos (Bucci et al., 2018; Kim et al., 2018; Lim et al., 2020) se obtuvo una buena aceptabilidad del uso de la app, además de presentar mejoría clínica en variables como síntomas negativos, síntomas psicóticos generales o estado de ánimo. En general, los estudios de salud móvil en psicosis han obtenido buenos resultados en viabilidad y aceptabilidad y resultados prometedores en mejoría de síntomas y uso de recursos, pero faltan más estudios controlados aleatorizados.

Finalmente, otro tipo de intervención digital es la realidad virtual (RV) aplicada al tratamiento psicológico en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En una revisión sistemática reciente (Lan et al., 2023), se identificaron 23 estudios centrados en el tratamiento de síntomas (delirios, alucinaciones, ansiedad), habilidades cognitivas y sociales o estado físico. En los estudios de síntomas, el tratamiento TCC-RV fue más efectivo que la terapia de exposición-RV reduciendo la convicción delirante (Freeman et al., 2016) y que la lista de espera reduciendo la ideación paranoide en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Pot-Kolder et al., 2018). En otro estudio, la terapia AVATAR redujo la severidad de las alucinaciones y los síntomas depresivos, y mejoró la calidad de vida con respecto al grupo control (tratamiento habitual) en pacientes con esquizofrenia resistente al

tratamiento (du Sert et al., 2018). En un estudio de RV para tratar trastornos de ansiedad comórbidos aplicada a PEP (Gega et al., 2013), los y las pacientes experimentaron una mejora significativa en la ansiedad social y la paranoia. En los estudios relacionados con las habilidades sociales, se identificaron tres estudios de los cuales sólo uno era un ensayo clínico aleatorizado (Park et al., 2011). Se comparaba la intervención de entrenamiento de habilidades sociales en RV con la intervención tradicional en personas con esquizofrenia. La intervención de habilidades sociales en RV demostró mayores mejoras en las habilidades de conversación y también indujo una mayor asertividad y motivación al tratamiento. En general, en esta revisión se observó que añadir la RV al tratamiento habitual era más efectivo que el tratamiento tradicional sólo en el tratamiento de los trastornos psicóticos. En definitiva, los resultados clínicos obtenidos en salud digital deben considerarse con cautela a falta de un mayor número de ensayos clínicos aleatorizados que los confirmen. Hasta la fecha son aplicaciones o intervenciones con soporte digital experimentales que sólo están al alcance de las personas que participan en los estudios de los equipos investigadores. A pesar de obtener resultados prometedores, todavía no se ha producido el salto completo del campo experimental a la práctica clínica (Philippe et al., 2022).

3.4.

TRATAMIENTO PERSONALIZADO

Desde una perspectiva de la práctica clínica basada en la evidencia, la elección y aplicación de tratamientos e intervenciones psicológicas en pacientes con trastornos psicóticos debe estar orientada principalmente a partir de un enfoque empírista donde la evidencia, o pruebas obtenidas en los estudios científicos, garantice que los clínicos puedan escoger los mejores tratamientos disponibles y que su aplicación se realice bajo unos parámetros de seguridad y eficiencia demostrados previamente. Sin embargo, a pesar de los numerosos estudios publicados hasta el momento, no siempre podemos dar una respuesta definitiva sobre cuál es el mejor tratamiento para una persona en concreto. A veces, la evidencia no nos aclara cual es la mejor opción entre dos tratamientos igualmente eficaces o si las características de la persona que va a recibir el tratamiento se ajustan a las de los estudios.

Por otro lado, en la actualidad la práctica clínica está tomando en consideración de una forma más cuidadosa los derechos de los/as pacientes a poder intervenir como agentes activos en las decisiones relativas a su salud y a los tratamientos que se les van a aplicar. Consecuentemente, los/as clínicos deberían brindar una atención que sea respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del/la paciente. Se debe garantizar que, en la medida de lo posible, sean los valores del/la paciente quienes guíen todas las decisiones clínicas (IOM, 2001). Todo ello

conduce a la toma en consideración de las preferencias del/la paciente como un elemento importante en la elección y aplicación de los tratamientos psicológicos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la experiencia y características del/la terapeuta. Hemos de tener presente que la práctica basada en la evidencia pretende “la integración de la mejor evidencia disponible proveniente de la investigación con los datos clínicos (por ejemplo, información obtenida sobre el/la paciente durante el curso del tratamiento) en el contexto de las características del/la paciente, cultura y sus preferencias” (APA, 2006). Así, la experiencia clínica del terapeuta, según la propia APA, “se utiliza para integrar la mejor evidencia de investigación con los datos clínicos en el contexto de las características de los/as pacientes y las preferencias de los servicios que tengan una alta probabilidad de alcanzar los objetivos del tratamiento” (APA, 2006). Por tanto, los datos procedentes de los estudios publicados, la llamada “evidencia” o corroboración empírica, son la fuente principal para la elección del tratamiento. Sin embargo, hay que recordar que no es la única fuente necesaria, sino que debe ser complementada con la experiencia y preferencias del terapeuta, y por supuesto las preferencias del/la paciente.

Para atender estas cuestiones, resulta imprescindible incorporar la estrategia de toma de decisiones compartidas. Dicho procedimiento permite que personal clínico y paciente trabajen conjuntamente para decidir la opción de tratamiento que se adapte mejor a sus características individuales y a las circunstancias particulares. Este proceso permitirá ayudar a los/as pacientes a comprender los beneficios y los inconvenientes de las diferentes opciones terapéuticas y conjugar sus propios valores y preferencias. En definitiva, la decisión óptima no podrá ser obtenida considerando únicamente la información basada en la evidencia de los estudios científicos. Al

3.4. TRATAMIENTO PERSONALIZADO

menos otros dos elementos deben ser tenidos en cuenta también: los valores y preferencias del/la paciente y el conocimiento y la experiencia del clínico. Por consiguiente, el/la paciente ha de ser un elemento activo en la decisión final.

El enfoque de decisiones compartidas puede entenderse como un proceso que permite explorar y comparar las ventajas, los inconvenientes, los beneficios, y los posibles daños y riesgos de cada opción terapéutica a través de un diálogo significativo sobre lo que es más importante para el/la paciente. Se trataría de un proceso en el que se recorrerían diferentes pasos.

Paso 1: Buscar la participación del/la paciente

Paso 2: Ayudar al/la paciente a explorar y comparar opciones de tratamiento

Paso 3: Evaluar los valores y preferencias del/la paciente

Paso 4: Tomar una decisión conjuntamente con el/la paciente

Paso 5: Evaluar la decisión del/la paciente

Aunque no existe un método concreto o protocolizado para ello si se conocen cuáles son los elementos esenciales de la toma de decisiones compartidas. Estos elementos han sido identificados por Makoul & Clayman (2006) en una revisión sistemática de la literatura sobre el tema. En la mayoría de trabajos analizados los elementos esenciales que aparecen con mayor frecuencia son los nueve siguientes:

1. Definir y explicar el problema.
2. Presentar opciones.
3. Discutir los beneficios, riesgos y costos.

-
4. Aclarar los valores y preferencias del/la paciente.
 5. Discutir la capacidad y la eficacia del/la paciente.
 6. Discutir la información y recomendaciones del clínico/a.
 7. Verificar la comprensión del/la paciente.
 8. Tomar o aplazar una decisión.
 9. Organizar el seguimiento.

Diferentes estudios han corroborado que la toma de decisiones compartida puede mejorar la experiencia de atención del/la paciente (Légaré et al. 2008). Además, contribuye a mejorar la adherencia de éste/a a las recomendaciones de tratamiento ya que existe evidencia emergente de que puede ayudar a mejorar los resultados de salud (Duncan et al 2010; Thompson & McCabe 2012).

Un elemento esencial para la personalización del tratamiento en un contexto de toma de decisiones compartidas es la llamada formulación del caso. En términos generales, definimos la formulación de un caso como una hipótesis sobre las causas, los desencadenantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona. Debe señalar cómo los síntomas, el estado mental, el tipo de personalidad, la historia personal y las circunstancias ambientales forman un conjunto de sentido.

Esta formulación de caso será el punto de partida que facilitará la elección del tipo de intervenciones psicológicas que mejor se ajusten a la persona en concreto. Además, permite la supervisión y evaluación de las técnicas aplicadas y es el punto de partida de la toma de decisiones clínicas. Es deseable en la formulación de los casos respetar el principio de economía de la información. La información debe ser breve y de utilidad clínica y psicoterapéutica. Frecuentemente se utilizan diagramas para sintetizar mejor la

3.4. TRATAMIENTO PERSONALIZADO

información y facilitar el entendimiento entre paciente y terapeuta (Penadés y Bernardo 2022).

Finalmente, es importante destacar que cuando un/a paciente tenga un problema de salud que requiera una decisión de tratamiento, la primera acción debería ser establecer un proceso de comunicación interactivo y de puesta en común de información, valores y preferencias tanto del/la paciente como del/la terapeuta. Es importante señalar que no todos los encuentros con pacientes requieren una toma de decisiones compartida. Así, es posible que algunos/as pacientes no quieran o no estén preparados/as para participar en la toma de decisiones compartida y prefieran delegar su decisión. Un/a paciente que elige no participar en el proceso de toma de decisiones, está también tomando una decisión.

3.5.

OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

El problema de la no-adherencia al tratamiento

Uno de los mayores problemas y retos que nos solemos encontrar a la hora de tratar a una persona con esquizofrenia es la falta o escasa conciencia del trastorno, que dificulta que la persona acepte o desee hacer el tratamiento. Sabemos que la pobre conciencia o es uno de los síntomas del propio trastorno, que afecta de un 57% hasta un 98 % de los casos (Buckley et al., 2007) y esto se asocia a una baja adherencia al tratamiento y a un peor pronóstico del trastorno (Kim et al., 2020). Hasta dos tercios de las personas con psicosis no toman o abandonan el tratamiento farmacológico (Oehl et al., 2000) y, aunque no se conocen las cifras en relación a las terapias psicológicas, es probable que sean también considerables. En relación a personas con PEP se han descrito tasas de desvinculación a los servicios superiores al 30% (Doyle et al., 2014). Es por ello que resulta indicado adoptar una serie de técnicas comunicacionales y relationales que faciliten al clínico/a crear y mantener un vínculo terapéutico con las personas que presenten el trastorno que posibilite el dialogo y el acuerdo para acceder a los tratamientos y permita su optimización en cada caso concreto. En este sentido, recomendamos el uso de técnicas motivacionales y más concretamente las herramientas propuestas por Xavier Amador conocidas como método “Listen, Empathise, Agree and Partner” (LEAP) y recogidas en su libro “I am not sick, I don’t need help” (Amador, 2020). Este método fue desarrollado hace más de 20 años por el

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

autor a partir de su experiencia como psicólogo clínico y familiar de una persona con esquizofrenia y está dirigido tanto a profesionales como a familiares y allegados. Ha demostrado una adecuada eficacia, habiéndose diseminado en múltiples países (Paillot et al., 2009). Esta aproximación se define más como un conjunto de herramientas o estilo comunicacional para mantener un vínculo con alguien que no cree tener un trastorno que como una terapia en sí. En resumen, el método trata de facilitar el mantenimiento de una relación de confianza y respeto con la persona que presenta el trastorno, a partir de la comprensión genuina que la falta de conciencia no es una actitud o posicionamiento voluntario, sino que forma parte del mismo trastorno. Por ello, la escucha reflexiva para entender bien el punto de vista del otro sin juzgarlo, el demostrar empatía con el mismo aun no estando de acuerdo, el buscar y enfatizar elementos de acuerdo más que discrepancias y establecer una relación de compañerismo hacia objetivos comunes son los elementos básicos que permiten mantener la relación. Este conjunto de herramientas se ha ido ampliando y complementando con la experiencia y actualmente incluye tres elementos más que son “Delay, Opinion and Apology”. Estos últimos tratan de enfatizar la importancia de retrasar el dar la propia opinión favoreciendo que sea el otro quien la pida, ser genuinamente humilde cuando se hace y utilizar la disculpa por los sentimientos derivados de la misma. En definitiva, lo que se considera esencial es preservar la relación, ya que ante la falta de conciencia será más fácil conseguir avances a través de la fuerza de la relación que a través de la fuerza de la razón.

Cuando no es posible la recomendación o adherencia al tratamiento farmacológico

La evidencia hasta la fecha ha demostrado con robustez que el tratamiento farmacológico es claramente superior al placebo en el tratamiento de la psicosis y que la TCC añadida al tratamiento

farmacológico es mejor que el tratamiento farmacológico solo. Por ello, siempre que sea posible es recomendable seguir el tratamiento farmacológico, preferiblemente añadiendo terapia psicológica. No obstante, ante aquellos casos en que no sea posible recomendar el tratamiento farmacológico por posibles comorbilidades o no sea posible la adherencia al mismo por una negativa del/la paciente, nos parece razonable recomendar, a partir de la evidencia preliminar existente (Cooper et al., 2020; Morrison et al., 2018, 2020), que se lleven a cabo intervenciones psicológicas basadas en la evidencia (como IF o TCC) por sí solas.

Esto sería pertinente sobre todo en el caso de personas con un PEP, en base a los recientes estudios de Morrison et al. (2018, 2020) que mostraron, en dos ensayos clínicos metodológicamente rigurosos que asignaban aleatoriamente a jóvenes con psicosis al tratamiento psicológico, al tratamiento farmacológico, o a su combinación, que las tres opciones tenían resultados comparables. Así, estos estudios sugieren que la medicación antipsicótica, la intervención psicológica (TCC más IF) y una combinación de los dos eran tratamientos aceptables, seguros y útiles para los jóvenes con un PEP. Los tres tratamientos proporcionaron beneficios en términos de síntomas (positivos y puntuación total de la Escala del Síndrome Negativo) y recuperación (Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación total). Ningún hallazgo sugirió que las intervenciones psicológicas en ausencia de medicación antipsicótica fueran perjudiciales. Estos resultados, aunque aún preliminares, son consistentes con la actual recomendación de la NICE que sugiere ofrecer opciones y la toma de decisiones compartida con respecto al tratamiento para la psicosis de inicio temprano, sobre la base de perfiles coste-beneficio.

En los últimos años también se está hablando de una perspectiva como es el Open Dialogue (Seikkula and Olson, 2003), que abo-

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

gan por restar importancia a la medicación y dar más relevancia a establecer un diálogo con el/la paciente. Consiste en ofrecer una atención inmediata, en menos de 24h, y se centra en ayudar a mejorar las relaciones sociales y a empoderar su contexto social con la idea de no centrar la patología en la persona que padece el trastorno. Los primeros resultados muestran una disminución en el número de hospitalizaciones, reducción del uso de medicación y de las crisis, y sugieren que un más de 80% de los y las pacientes vuelven a sus trabajos o estudios (Seikkula et al. 2006). Sin embargo, se debe ser prudente en las afirmaciones ya que otros autores sugieren que la evidencia es de baja calidad y que se necesitan ensayos clínicos controlados y aleatorios para poder tomar unas conclusiones adecuadas (Freeman, 2019; Jauhar y Lawrie, 2022)

Presencia de estrés postraumático o trauma infantil

Algunas personas con trastorno psicótico, además presentan comorbilidad con estrés postraumático. En los últimos años se ha evidenciado la alta prevalencia y la relevancia del trauma infantil en personas con esquizofrenia y con primeros episodios psicóticos llegando a ser en algunos estudios superior al 80% (Vila-Badia et al., 2022). En este sentido, una nueva línea de tratamientos enfocada a trabajar con este trauma infantil está surgiendo, entre ellos el más destacado es la implementación del Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (EMDR). En los últimos años algunos estudios se han centrado en explorar los efectos de esta intervención en personas con psicosis con presencia de experiencias traumáticas, mostrando resultados prometedores en la reducción de síntomas delirantes y negativos, especialmente en personas con PEP (Adams et al., 2020; Van den Berg et al., 2018). Actualmente se están llevando a cabo diferentes ensayos clínicos aleatorizados para evaluar la eficacia del EMDR en perso-

nas con psicosis (Valiente-Gómez, 2020; Varese et al., 2021), lo que sugiere que en los próximos años pueda ser una intervención de primera opción para tratar el trauma en personas con esquizofrenia o primeros episodios psicóticos.

Cuando hay riesgo de suicidio

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Las personas con psicosis tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio y cerca del 50% experimentan pensamientos suicidas y cometen conductas suicidas a lo largo de la vida. Entre la esquizofrenia, el suicidio es la principal causa de muerte prematura, siendo el riesgo de muerte por suicidio de 15 a 20 veces mayor que en población sana (Ösby et al., 2000).

La aplicación de técnicas psicológicas en el tratamiento del suicidio sugiere que, en general, la TCC reduce los intentos de suicidio, la ideación suicida y la desesperanza en comparación con el tratamiento habitual (D'Anci et al., 2019). Por otro lado, existe también evidencia de que la terapia dialéctica-conductual (DBT) reduce la ideación suicida en comparación con la terapia control (lista de espera o la planificación de crisis) (DeCou et al., 2019).

Respecto al caso concreto de la ideación y conducta suicida en los trastornos psicóticos, han aumentado los estudios sobre terapias psicológicas específicas para las experiencias suicidas (p.e. TCC o DBT), aunque todavía existen pocos estudios realizados específicamente con personas con trastornos psicóticos (Penadés et al., 2022). Tanto la TCC como la (DBT, por sus siglas en inglés) ofrecen resultados prometedores, pero la evidencia actual es notoriamente insuficiente. Aunque ambas terapias parecen ser eficaces en la prevención del suicidio, la escasez de ensayos clínicos aleatorizados centrados específicamente en el suicidio

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

es probablemente el problema más importante a resolver en los próximos años. Dada la evidencia actual, consideramos que los y las clínicas deben estar familiarizados con las técnicas de la TCC centradas en las cogniciones suicidas. Sin embargo, la prevención y el tratamiento del suicidio en personas con esquizofrenia es complejo y deberían abordarse muchos otros factores, como el posible uso de estrategias farmacológicas (clozapina u otros), la optimización de la adherencia a la medicación y otros aspectos psicosociales (Penadés et al., 2022).

Para que la terapia centrada en el suicidio se implemente con éxito en los servicios para personas con psicosis se deben considerar aspectos no sólo técnicos respecto a las técnicas psicoterapéuticas, sino también aspectos de carácter organizacional. En un estudio reciente, se entrevistó a una muestra de profesionales especialistas y también a usuarios/as que habían pasado por esta situación y ambos grupos identificaron cuatro aspectos clave que deben considerarse en el tratamiento de la ideación y conducta suicida en personas con psicosis. Primero, crear espacios seguros para escuchar a los/as pacientes y conseguir que se sientan comprendidos/as. Segundo, conseguir que la persona se involucre en el proceso. Tercero, poder acceder a una psicoterapia en el momento adecuado. Cuarto y último, garantizar la accesibilidad, es decir, un camino rápido y sencillo para acceder a la terapia (Peters et al., 2023).

REFERENCIAS

- Adams R, Ohlsen S, Wood E. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. Eur J Psychotraumatol. 2020 Mar 10;11(1):1711349. doi: 10.1080/20008198.2019.1711349.

Alvarez-Jimenez, M., Koval, P., Schmaal, L., Bendall, S., O'Sullivan, S., Cagliarini, D., D'Alfonso, S., Rice, S., Valentine, L., Penn, D. L., Miles, C., Russon, P., Phillips, J., McEnery, C., Lederman, R., Killackey, E., Mihalopoulos, C., Gonzalez-Blanch, C., Gilbertson, T., Lal, S., ... Gleeson, J. F. M. (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 233–243. <https://doi.org/10.1002/wps.20858>

Amador, X. *I Am Not Sick, I Don't Need Help! How To Help Someone Accept Treatment*. New York: Vida Press; 2020.

American Psychological Association (APA), Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Bastiampillai, T. Nice guidelines for schizophrenia: can art therapy be justified? *Lancet Psychiatry*. 2016. Nov; 3 (11): 1016-1017. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30322-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30322-4)

Ben-Zeev, D., Brian, R. M., Jonathan, G., Razzano, L., Pashka, N., Carpenter-Song, E., Drake, R. E., & Scherer, E. A. (2018). Mobile Health (mHealth) versus clinic-based group intervention for people with serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 69(9), 978–985. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800063>

Best, M. W., Romanowska, S., Zhou, Y., Wang, L., Leibovitz, T., Onno, K. A., Jagtap, S., & Bowie, C. R. (2023). efficacy of remotely delivered evidence-based psychosocial treatments for

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

schizophrenia-spectrum disorders: A series of systematic reviews and meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 49(4), 973–986. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac209>

Bonet, L., Torous, J., Arce, D., Blanquer, I., & Sanjuan, J. (2020). ReMindCare App for early psychosis: Pragmatic real world intervention and usability study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e22997. <https://doi.org/10.2196/22997>

Bucci, S., Barrowclough, C., Ainsworth, J., Machin, M., Morris, R., Berry, K., Emsley, R., Lewis, S., Edge, D., Buchan, I., & Haddock, G. (2018). Actissist: Proof-of-concept trial of a theory-driven digital intervention for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 44(5), 1070–1080. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby032>

Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, et al. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs*. 2007;21(2):129–141.

Colling C, Evans L, Broadbent M, et al. Identification of the delivery of cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp) using a cross-sectional sample from electronic health records and open-text information in a large UK-based mental health case register. *BMJ Open* 2017;7:e015297. doi:10.1136/bmjopen-2016-015297.

Cooper RE, Laxman N, Crellin N, Moncrieff J, Priebe S. Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophr Res*. 2020 Nov;225:15-30. doi: 10.1016/j.schres.2019.05.020.

Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, Craig TJ, Nordentoft M, Srihari VH, Guloksuz S, Hui CLM, Chen EYH, Valencia M, Juarez F, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Marcy P, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn D, Severe JB, Kane JM. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jun 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623. PMID: 29800949; PMCID: PMC6137532.

Craig, T. K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J. P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., & Garety, P. A. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 5(1), 31–40. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30427-3

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334–342.

DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>

Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E, Clarke M. First-episode psychosis and disengagement from treatment: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2014 May 1;65(5):603-11. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200570>

Du Sert, O. P., Potvin, S., Lipp, O., Dellazizzo, L., Laurelli, M., Breton, R., Lalonde, P., Phraxayavong, K., O'Connor, K., Pelletier, J.

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

F., Boukhalfi, T., Renaud, P., & Dumais, A. (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia research*, 197, 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.031>

Duncan E., Best C., Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20;(1):CD007297. PMID: 20091628.

Firth, J., Cotter, J., Torous, J., Bucci, S., Firth, J. A., & Yung, A. R. (2016). Mobile phone ownership and endorsement of “mhealth” among people with psychosis: A meta- Analysis of cross-sectional studies. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 448–455. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv132>

Freeman, D., Bradley, J., Antley, A., Bourke, E., DeWeever, N., Evans, N., Cernis, E., Sheaves, B., Waite, F., Dunn, G., Slater, M., & Clark, D. M. (2016). Virtual reality in the treatment of persecutory delusions: randomised controlled experimental study testing how to reduce delusional conviction. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 209(1), 62–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.176438>

Fulford, D., Mote, J., Gard, D. E., Mueser, K.T., Gill, K., Leung, L., & Dillaway, K. (2020). Development of the Motivation and Skills Support (MASS) social goal attainment smartphone app for (and with) people with schizophrenia. *Journal of behavioral and cognitive therapy*, 30(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.03.016>

Garety, P., Ward, T., Emsley, R., Greenwood, K., Freeman, D., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., & Hardy, A. (2021). Digitally supported CBT to reduce paranoia and impro-

ve reasoning for people with schizophrenia-spectrum psychosis: the SlowMo RCT. NIHR Journals Library.

Gega, L., White, R., Clarke, T., Turner, R., & Fowler, D. (2013). Virtual environments using video capture for social phobia with psychosis. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 16(6), 473–479. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.1510>

Gottlieb, J. D., Gidugu, V., Maru, M., Tepper, M. C., Davis, M. J., Greenwold, J., Barron, R. A., Chiko, B. P., & Mueser, K.T. (2017). Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis. *Psychiatric rehabilitation journal*, 40(3), 283–292. <https://doi.org/10.1037/prj0000258>

Grasa, E., Seppälä, J., Alonso-Solis, A., Haapea, M., Isohanni, M., Miettunen, J., Caro Mendivelso, J., Almazan, C., Rubinstein, K., Caspi, A., Unoka, Z., Farkas, K., Usall, J., Ochoa, S., van der Graaf, S., Jewell, C., Triantafillou, A., Stevens, M., Reixach, E., Berdun, J., m-RESIST group, Corripio, I. (2023). m-RESIST, a mobile therapeutic intervention for treatment-resistant schizophrenia: Feasibility, acceptability, and usability study. *JMIR formative research*, 7, e46179. <https://doi.org/10.2196/46179>

Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Clinical practice guideline on psychosocial interventions in severe mental illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; 2009. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013 Nov;39(6):1296-306. doi: 10.1093/schbul/sbs130.

Jauhar S, Lawrie SM. What is the evidence for antipsychotic medication and alternative psychosocial interventions for people with acute, non-affective psychosis? *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar;9(3):253-260. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00293-5.

Keepers et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia View book page American Psychiatric. American Psychiatric Association. 2021 https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841open_in_new

Kim, S. W., Lee, G. Y., Yu, H. Y., Jung, E. I., Lee, J. Y., Kim, S. Y., Kim, J. M., Shin, I. S., & Yoon, J. S. (2018). Development and feasibility of smartphone application for cognitive-behavioural case management of individuals with early psychosis. *Early intervention in psychiatry,* 12(6), 1087–1093. <https://doi.org/10.1111/eip.12418>

Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, De Luca V, Graff-Guerrero A, Gerretsen P. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology.* 2020 May 15; 168:107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>

Kim, S. K., Lee, M., Jeong, H., & Jang, Y. M. (2022). Effectiveness of mobile applications for patients with severe mental illness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Japan journal of nursing science: JJNS,* e12476. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jjns.12476>

Lan, L., Sikov, J., Lejeune, J., Ji, C., Brown, H., Bullock, K., & Spencer, A. E. (2023). A systematic review of using virtual and augmented reality for the diagnosis and treatment of psychotic disorders. *Current treatment options in psychiatry*, 1–21. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00287-5>

Légaré F, Ratté S., Gravel K., et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 2008. Dec;73(3):526-35. PMID: 18752915.

Lim, M. H., Gleeson, J., Rodebaugh, T. L., Eres, R., Long, K. M., Casey, K., Abbott, J. M., Thomas, N., & Penn, D. L. (2020). A pilot digital intervention targeting loneliness in young people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(7), 877–889. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01681-2>

Lewis, S., Ainsworth, J., Sanders, C., Stockton-Powdrell, C., Machin, M., Whelan, P., Hopkins, R., He, Z., Applegate, E., Drake, R., Bamford, C., Roberts, C., & Wykes, T. (2020). Smartphone-enhanced symptom management in psychosis: Open, randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e17019. <https://doi.org/10.2196/17019>

Ludwig, K. A., Browne, J. W., Nagendra, A., Gleeson, J. F., D'Aifonso, S., Penn, D. L., & Alvarez-Jimenez, M. (2021). Horyzons USA: A moderated online social intervention for first episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 15(2), 335–343. <https://doi.org/10.1111/eip.12947>

Makoul G, Clayman ML; An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-12.

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

McEnery, C., Lim, M. H., Knowles, A., Rice, S., Gleeson, J., Howell, S., Russon, P., Miles, C., D'Alfonso, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2021). Social anxiety in young people with first-episode psychosis: Pilot study of the EMBRACE moderated online social intervention. *Early intervention in psychiatry*, 15(1), 76–86. <https://doi.org/10.1111/eip.12912>

Morrison AP, Law H, Carter L, Sellers R, Emsley R, Pyle M, French P, Shiers D, Yung AR, Murphy EK, Holden N, Steele A, Bowe SE, Palmier-Claus J, Brooks V, Byrne R, Davies L, Haddad PM. Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry*. 2018 May;5(5):411-423. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30096-8

Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)

Morrison AP, Pyle M, Maughan D, Johns L, Freeman D, Broome MR, Husain N, Fowler D, Hudson J, MacLennan G, Norrie J, Shiers D, Hollis C, James A; MAPS group. Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):788-800. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30248-0.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. PMID: 25340235.

Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000; 407:83–86.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00016.x>

Osby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekbom, A., & Sparén, P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophrenia research*, 45(1-2), 21–28.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00016.x>

Paillot, C., Goetz, R; Amador, X. Double blind, randomized, controlled study of [LEAP] A psychotherapy designed to improve motivation for change, insight into schizophrenia and adherence to medication. *Schizophrenia Bulletin*. 2009, 35 (suppl 1): 343, 2009.

Park K.-M., Ku J., Choi S.-H., Jang H.-J., Park J.-Y., Kim S.I., Kim J.-J. A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Psychiatry Res*. 2011;189:166–172. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.003

Penadés R, Bernardo M. Guía de intervenciones psicológicas en la esquizofrenia. Editorial Ediveramérica. 2022.

Penadés, R., Forte, F., Mezquida, G., González-Rodríguez, A., García-Rizo, C., Catalán, R., Bernardo, M. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy for Suicide in Schizophrenia: A Systematic Review. *Current Psychiatry Research and Reviews*. DOI: 10.2174/2666082218666211220164527

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Peters, S., Awenat, Y., Gooding, P. A., Harris, K., Cook, L., Huggett, C., Jones, S., Lobban, F., Pratt, D., & Haddock, G. (2023). What is important to service users and staff when implementing suicide-focused psychological therapies for people with psychosis into mental health services? *Frontiers in psychiatry*, 14, 1154092. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1154092>

Philippe, T. J., Sikder, N., Jackson, A., Koblanski, M. E., Liow, E., Pilarinos, A., & Vasarhelyi, K. (2022). Digital health interventions for delivery of mental health care: Systematic and comprehensive meta-review. *JMIR mental health*, 9(5), e35159. <https://doi.org/10.2196/35159>

Pot-Kolder, R. M. C. A., Geraets, C. N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B. P., Gijsman, H. J., Delespaul, P. A. E. G., & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 5(3), 217–226. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30053-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30053-1)

Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring, M. B., Ganguli, R., Gardner, W. B., & Rosenstock, J. B. (2005). A clinical trial to test the feasibility of a telehealth psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their families: Intervention and 3-month findings. *Rehabilitation psychology*, 50(4), 325–336. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.325>

Rus-Calafell, M., & Schneider, S. (2020). Are we there yet?!-a literature review of recent digital technology advances for the treatment of early psychosis. *mHealth*, 6, 3. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.14>

Santesteban-Echarri, O., Piskulic, D., Nyman, R. K., & Addington, J. (2020). Telehealth interventions for schizophrenia-spectrum disorders and clinical high-risk for psychosis individuals: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*, 26(1-2), 14–20. <https://doi.org/10.1177/1357633X18794100>

Schlosser, D. A., Campellone, T. R., Truong, B., Etter, K., Vergani, S., Komaiko, K., & Vinogradov, S. (2018). Efficacy of PRIME, a Mobile App Intervention Designed to Improve Motivation in Young People With Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(5), 1010–1020. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby078>

Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., & Haarakangas, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue model. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228.

Thompson L., McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012 Jul 24;12:87. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>

Torous, J., Wisniewski, H., Bird, B. et al. Creating a digital health smartphone app and digital phenotyping platform for mental health and diverse healthcare needs: An interdisciplinary and collaborative approach. *J. technol. behav. sci.* 4, 73–85 (2019). <https://doi.org/10.1007/s41347-019-00095-w>

Valiente-Gomez A., Pujol N, Moreno-Alcázar A, Radua J, Monteagudo-Gimeno E, Gardoki-Souto I, Hogg B, Álvarez MJ,

3.5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Safont G, Lupo W, Pérez V, Amann BL; FEP-EMDR Research Group. A Multicenter Phase II RCT to Compare the Effectiveness of EMDR Versus TAU in Patients With a First-Episode Psychosis and Psychological Trauma: A Protocol Design. *Front Psychiatry.* 2020 Feb 5; 19: 1023 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01023>

van den Berg D, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, van der Gaag M. Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *Br J Psychiatry.* 2018 Mar;212(3):180-182. doi: 10.1192/bjp.2017.30.

van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature.* 2010 Nov 11;468(7321):203-12. doi: 10.1038/nature09563.

van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, Hafkenscheid A, Delespaul P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry.* 18(1):88-96. doi: 10.1002/wps.20609.

Varese F. Eye movement desensitization and reprocessing therapy for psychosis (EMDRp): Protocol of a feasibility randomized controlled trial with early intervention service users. *Early Interv Psychiatry.* 2021 Oct; 15 (5): 1224-1233.
<https://doi.org/10.1111/eip.13071>

Vila-Badia R, Butjosa A, Del Cacho N, Serra-Arumí C, Esteban-Sanjusto M, Ochoa S, Usall J. Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A

systematic review. *Schizophr Res.* 2021 Feb;228:159-179. doi: 10.1016/j.schres.2020

Young, A. S., Cohen, A. N., Niv, N., Nowlin-Finch, N., Oberman, R. S., Olmos-Ochoa, T. T., ... Whelan, F. (2020). Mobile phone and smartphone use by people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 71(3), 280–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900203>

Parte III

SÍNTESIS FINAL

4.

CONCLUSIONES FINALES DE LA GUÍA

Para concluir, se deberían realizar intervenciones personalizadas en función del curso del trastorno y de las esferas que se pretenden trabajar.

Para ello hemos realizado una síntesis de las intervenciones psicológicas disponibles y el nivel de eficacia demostrado a nivel científico.

4.1. ESQUIZOFRENIA

Existen diferentes terapias psicológicas que han demostrado su efectividad en estudio de metaanálisis y que cuentan con una gran evidencia a nivel científico en personas con esquizofrenia: la intervención psicoeducativa, la TCC, la rehabilitación cognitiva, el EMC, las intervenciones basadas en mindfulness y ACT, el entrenamiento en habilidades sociales y las IFs.

La intervención psicoeducativa es de gran utilidad para sentar las bases del trastorno, explicar los conceptos claves y poder ayudar en la mejora de la conciencia de enfermedad y detección de síntomas. En la misma línea las IFs promocionan el mejor conocimiento de los síntomas de su familiar y trabajan conjuntamente para poder mejorar las relaciones familiares. Ambas intervencio-

4. CONCLUSIONES FINALES DE LA GUÍA

nes son eficaces para reducir el número de ingresos, por tanto, para evitar síntomas graves.

La TCC es útil para el tratamiento de la sintomatología, especialmente los síntomas positivos y negativos, sobre todo en cuanto a la influencia en la vida diaria de estos síntomas y en generar estrategias para una mejora en la vida diaria.

En la misma línea el EMC está dirigido a disminuir síntomas positivos a partir de trabajar de manera psicoeducativa los sesgos cognitivos más afectados en personas con psicosis mejorando la autoconciencia de estos y facilitando estrategias para la vida cotidiana.

La rehabilitación cognitiva se centra en evaluar y mejorar las funciones cognitivas alteradas a través de ejercicios específicos dirigidos a la mejora de diferentes dominios cognitivos, llevando a una mejora en el rendimiento neuropsicológico que repercute en una mejora en el día a día.

Las intervenciones en HHSS son clásicamente utilizadas en personas con esquizofrenia para dotar a estas personas de estrategias para mejorar la comunicación con los otros y técnicas de asertividad y de resolución de problemas para enfrentar situaciones de relación con otras personas.

Los tratamientos para la CS permiten mejorar el funcionamiento cognitivo social, sobretodo en mejora del reconocimiento emocional y teoría de la mente y el funcionamiento social.

Las intervenciones en mindfulness y ACT resultan útiles para mejorar síntomas generales y disminuir las hospitalizaciones, a través de técnicas centradas en la práctica de la meditación para

observar las sensaciones de uno/a mismo/a y en el aquí y ahora.

4.2. PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

En PEP son menores las intervenciones que han sido demostradas a partir de metaanálisis. En este caso, la intervención psicoeducativa, la TCC, la rehabilitación cognitiva y las IFs son aquellas que cuentan con una alta y sólida evidencia. Cabe destacar que muchos de los programas de intervención precoz incluyen la integración de estos diferentes abordajes.

4.3. EMAR Y OTRAS POBLACIONES ESPECÍFICAS

En el caso de los EMAR existen algunas intervenciones psicológicas que han empezado a utilizarse pero que todavía no disponen de evidencia contrastada en metanálisis por lo que deberían seguir siendo investigadas y aportando evidencia de su efectividad.

4.4. OTRAS POBLACIONES

En el caso de otras poblaciones específicas nombradas en el apartado I, existen algunos estudios que se centran en valorar la eficacia de alguna de las intervenciones descritas en esquizofrenia resistente, personas con otras comorbilidades (tóxicos, discapacidad intelectual), poblaciones mayores de 65 años, personas atendidas en centros penitenciarios o personas sin hogar, entre otras.

4. CONCLUSIONES FINALES DE LA GUÍA

Tabla 2: Evidencia científica de cada una de las Intervenciones psicológicas y en cada estadio del trastorno

Intervenciones psicológicas	Esquizofrenia	Primer episodio psicótico	Poblaciones específicas
Intervención psicoeducativa	+++	+++	+
Terapia Cognitivo Conductual	+++	+++	+
Rehabilitación cognitiva	+++	+++	+
Entrenamiento en Habilidades Sociales	+++	+	+
Terapias dirigidas a la alteración de la cognición social	+++	+	-
Entrenamiento Metacognitivo	+++	++	+
Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT)	++	++	-
Intervenciones basadas en mindfulness y ACT	+++	++	+
Intervenciones Familiares	+++	+++	+
Modelo de recuperación	++	-	-
Otras intervenciones			
Musicoterapia	+++	-	-
Arte-terapia	+	-	-
Ejercicio físico	+++	++	-

- Ninguna evidencia
- + Algunos estudios
- ++ Evidencia (2 o más ensayos clínicos aleatorios)
- +++ Alto nivel de evidencia (metaanálisis)

**GUÍA DE MANEJO
PSICOTERAPÉUTICO
DE PERSONAS
CON PSICOSIS**

GUÍA DE MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE PERSONAS CON PSICOSIS

Con la colaboración de:

