

Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico**Psychotherapy of Psychosis: From the Subject at Risk to the Chronic Patient**

Nuria Esteve Díaz, Nuria Román Avezuela, Manuel González Moliner, Juan Carlos Fraile Fraile e

Ignacio García-Cabeza

HGU Gregorio Marañón-España

Resumen.

Los autores revisan las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en pacientes psicóticos, describiendo por un lado aquellas intervenciones realizadas durante las fases tempranas de la enfermedad, las intervenciones psicoterapéuticas clásicas durante los periodos de estabilidad del paciente y finalmente aquellas relacionadas con la rehabilitación psicosocial del enfermo psicótico. Durante las fases tempranas se diferencia entre tratamientos psicoterapéuticos en pacientes de alto riesgo y los que ya padecen una psicosis franca. Se describe la eficacia y la forma de intervención actual de cada uno de los cuatro modelos psicoterapéuticos más convencionales: dinámico, cognitivo-conductual, familiar y grupal. Se hace un especial énfasis en la necesidad de intervenciones integradoras y orientadas a las necesidades de cada paciente. Por último, se describen las intervenciones psicosociales que han demostrado su eficacia, a saber: tratamiento comunitario asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y programas de apoyo al empleo.

Palabras clave:

psicosis, psicoterapia, intervención precoz, rehabilitación psicosocial.

Introducción

El abordaje psicofarmacológico del paciente esquizofrénico en muchos casos imprescindible para la disminución de los síntomas psicóticos, no supone un remedio para afrontar las vulnerabilidades, conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa.

Además, su uso generalizado nos ha mostrado también su falta de eficacia en determinados enfermos.

Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. En este sentido, la combinación de antipsicóticos con otros tipos de abordaje terapéuticos hace que ambos métodos se influyan y potencien (GarcíaCabeza y González de Chávez, 2009; M González de Chávez, García Cabeza y Fraile, 1999).

Revisaremos a continuación las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en pacientes psicóticos distinguiendo por un lado aquellas que se realizan en fases tempranas de la enfermedad, las intervenciones más clásicas en periodos de estabilidad y por último y brevemente intervenciones relacionadas con la rehabilitación psicosocial del enfermo psicótico.

Intervención en fases tempranas

La detección e intervención precoz en la esquizofrenia, así como el tratamiento de los primeros episodios psicóticos han despertado un gran interés a la vez que han generado no pocas dudas y controversias, motivado probablemente por la falta de conocimiento que en la actualidad existe sobre muchos aspectos de esta patología.

El auge en cuanto a número de estudios y programas de intervención precoz en psicosis se asienta en la evidencia de que la demora en el inicio del tratamiento en pacientes que han sufrido un primer episodio se asocia a peor respuesta al tratamiento farmacológico, mayor severidad de síntomas positivos, negativos y depresivos y peor funcionamiento global (Francey,etal., 2010; Marshall, et al., 2005; Perkins,Gu, Boteva y Lieberman, 2005). Estudios de neuroimagen también indican que un periodo prolongado de enfermedad no tratada produce anomalías estructurales cerebrales más pronunciadas (Francey, et al., 2010; Keshavan y Amirsadri, 2007).

Revisamos seguidamente las técnicas psicoterapéuticas eficaces empleadas en estos momentos de la enfermedad, diferenciando pacientes de riesgo, en los que todavía no se ha producido el debut de la

sintomatología psicótica, de los que padecen un primer episodio.

Intervenciones psicoterapéuticas en pacientes de alto riesgo

La definición de sujetos de alto riesgo procede de numerosos estudios de investigación que detectan características clínicas que permiten identificar sujetos con gran probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro. Tres son las definiciones más influyentes de este concepto. La más extendida es la de “riesgo ultra-alto”, desarrollada por el grupo de trabajo PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) en Melbourne y que incluye la edad (entre 14 y 29 años) y criterios de al menos uno de los siguientes grupos: (1) Grupo de Síntomas Psicóticos Atenuados (haber experimentado síntomas durante el año previo que no alcanzan el umbral); (2) Grupo de Síntomas Psicóticos Breves Limitados e Intermitentes (en inglés BLIPS), que se corresponden a episodios psicóticos francos de menos de una semana de duración; (3) Grupo de Rasgo y Estado como Factor de Riesgo (tener un trastorno esquizotípico de la personalidad o un familiar de primer grado con un trastorno psicótico y haber sufrido durante el año previo un deterioro significativo en el funcionamiento global) (Yung, et al., 2003; Yung, Phillips, Yuen y Mc

El grupo de Reconocimiento y Prevención de Hillside (Hillside-RAP) en Nueva York, en función de sus estudios de evolución, modifica estos criterios y plantea dos categorías: pacientes de “alto riesgo clínico” (CHR) y pacientes con “psicosis esquizofrenia-like” (SLP). Los primeros se clasifican como de alto riesgo clínico negativo (que cursan con síntomas negativos atenuados: aislamiento social, abulia y deterioro del rol o funcionamiento académico) y positivo (adolescentes con Síntomas Psicóticos Atenuados). El grupo esquizofrenia-like incluye a personas con síntomas psicóticos que no llegan a cumplir criterios DSM-IV para la esquizofrenia (Cornblatt, 2002)

Por último, en Europa el grupo alemán de Colonia define un cluster con los 10 “síntomas básicos” de mayor valor predictivo: interferencias en el pensamiento, perseveración, presión o bloqueos, alteración en el lenguaje receptivo (comprehensivo, no verbal), disminución de la capacidad para diferenciar entre ideas y percepciones o fantasía y recuerdos verdaderos, ideas ocasionales de referencia, desrealización, alteraciones perceptivas visuales o auditivas (Klosterkotter, Hellmich, Steinmeyer y

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a Ignacio García
Cabeza. Servicio de Psiquiatría I. HGU Gregorio Marañón. C/ Ibiza 43.
28009-Madrid. e-mail:
igcabeza@ya.com