

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA ESQUIZOFRENIA 2ª Edición actualizada

ÓSCAR VALLINA FERNÁNDEZ

Hospital Sierrallana-Tres Mares. Servicio Cántabro de
Salud. Torrelavega. Cantabria

Mª PURIFICACIÓN FERNÁNDEZ IGLESIAS

Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni.
Santander. Cantabria

SERAFÍN LEMOS GIRÁLDEZ

Universidad de Oviedo

Curso válido como mérito formativo que puntuará para la obtención
de las Acreditaciones Nacionales del Consejo General de la Psicología





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE	3
Intervenciones psicológicas para la esquizofrenia	
FICHA 1	34
Incorporación de las nuevas tecnologías a la terapia de la esquizofrenia	
FICHA 2	40
Anexos	

Documento base.

Intervenciones psicológicas para la esquizofrenia

En apenas un siglo, los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia han evolucionado de la inexistencia e irrelevancia, a ocupar un lugar central en las recomendaciones de todas las guías clínicas. Han pasado de ser intervenciones “adjuntas” a los tratamientos farmacológicos, a compartir relevancia con ellos, llegando a convertirse en el tratamiento de primera elección en las fases prodrómicas del trastorno. En la tabla uno, se pueden visualizar las distintas intervenciones psicológicas recomendadas por estas guías y el nivel de evidencia que presenta cada una de ellas. A lo largo de este siglo, podríamos decir que hemos recorrido un largo camino en un breve espacio de tiempo. Tiempo, en el que los tratamientos psicológicos no han parado de evolucionar en sus modelos teóricos y en sus prácticas.

La evolución histórica de estas intervenciones, recogida en la tabla 2, se inicia con los primeros tratamientos psicodinámicos de principios del siglo XX que aportaron experiencia terapéutica e importantes ideas, que aun hoy, siguen vigentes. Así, de los trabajos de autores como Jung, Meyer, Fromm-Reichman, o Sullivan, proceden las ideas de que las experiencias psicóticas son comprensibles en términos psicológicos, y de que esta comprensión se entiende mejor en el contexto de la historia vital de la persona, como reacciones funcionales a sus relaciones con su entorno. Sin embargo, estas primeras terapias no pudieron confirmar experimentalmente su eficacia. Posteriormente, con el surgimiento de los neurolépticos y la desinstitucionalización que produjo el cierre de los hospitales psiquiátricos y la llegada de la psiquiatría comunitaria, los pacientes vuelven a sus casas, y de los problemas y nuevas necesidades que genera esta circunstancia surgen las intervenciones familiares. Estas, en los años 70 y 80 buscaban que los pacientes se mantuviesen en sus hogares, mantuviesen su adherencia a los tratamientos farmacológicos y para evitar recaídas y que se modificasen los patrones de expresividad emocional en los familiares (emoción expresada) relacionados con el aumento de recaídas y rehospitalizaciones.

En los años 80-90, la rehabilitación psicosocial intenta dotar a los pacientes de los recursos comunitarios, y de las habilidades personales necesarias para su mantenimiento en la comunidad y para rehabilitarse de su trastorno. Es el momento del entrenamiento en habilidades sociales, en habilidades de afrontamiento para la reducción del estrés y del asentamiento de las intervenciones familiares, particularmente las de tipo conductual. Los años 90 suponen la incorporación de las terapias cognitivo conductuales y el abordaje psicológico de delirios y alucinaciones, síntomas tradicionalmente ajenos a intervenciones psicológicas, que por definición eran inmodificables y ajenos a influencias racionales. Las ideas delirantes se empiezan a ver y tratar como teorías personales, como esfuerzos que reali-

TABLA 1
TERAPIAS INDICADAS PARA LA ESQUIZOFRENIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN EN LAS PRINCIPALES GUÍAS CLÍNICAS

Terapias Recomendadas	APA 2020	CPA 2017	NICE 2014	RANZCP 2016	SIGN 2013	MSC 2009
Terapia cognitivo-conductual	1B	A	A	A	A	A
Psicoeducación	1B			B	B	A
Intervención Familiar	2B	A	A	A	A	A
Entrenamiento en habilidades sociales	2C	B		B	B	A
Remediación cognitiva	2C	B		A	B	A
Psicoterapia de apoyo	2C					C
Tratamiento metacognitivo				B		
Cognición social				B		
Terapia de Aceptación y compromiso				D		
Habilidades de autogestión/ Intervenciones para la recuperación	2C			A		
Terapias artísticas			A			

APA, American Psychiatric Association; CPA, Canadian Psychiatric Association; NICE, National Institute for Health and care excellence; RANZCP, Royal Australian and New Zealand College of psychiatrist; SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network; MSC, Ministerio de Sanidad y Consumo.

zan las personas para dar sentido a sus experiencias, sean estas anormales como las alteraciones perceptivas o normales pero interpretadas de un modo sesgado. La TCC de la psicosis no ha parado de evolucionar en estas tres décadas, ha generado diversos formatos terapéuticos y actualmente es el “gold standar” de los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia. Esta incorporación coincide con el cambio de modelo en la asistencia a la esquizofrenia que pasa de la visión centrada en la rehabilitación (supresión de sintomatología y restauración de niveles previos de funcionamiento) a la recuperación (mantener y conseguir objetivos vitales y bienestar a pesar de la presencia de sintomatología).

El Siglo XXI supone otro nuevo impulso. Mientras siguen evolucionando los modelos de neurodesarrollo se pone el foco en las fases evolutivas de la esquizofrenia y en la necesidad de adaptar los tratamientos a las mismas. Surge la intervención temprana en psicosis, como una nueva forma de entender los orígenes de la psicosis, de ordenar los servicios asistenciales y potenciar la prevención. En este siglo se fortalecen y empiezan a asentarse las intervenciones dirigidas a la remediación cognitiva, espoloneadas por el impulso de los años 90 en la investigación sobre el cerebro y por el recordatorio permanente de la falta de eficacia de las intervenciones farmacológicas y psicológicas existentes sobre los procesos cognitivos básicos, habitualmente deficitarios y limitadores de la recuperación. Las nuevas tecnologías irrumpen con fuerza e invaden ya todos los ámbitos de nuestras vidas, en consecuencia, se añaden también a la oferta terapéutica, extendiéndose con rapidez y diversidad (terapias online, realidad virtual, avatares, aplicaciones, etc.), y empezando el camino de su validación. Por último, surgen las terapias contextuales, evolución de las terapias cognitivo conductuales, con un foco más puesto en la convivencia con las experiencias de la psicosis y en la manera de relacionarse con ellas para poder seguir avanzando en la vida, que en la tradicional búsqueda de la eliminación de las mismas. Estas nuevas intervenciones están en un momento de adaptación a la psicosis, generación de manuales de tratamiento y consolidación experimental.

TABLA 2
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA ESQUIZOFRENIA

Tratamientos psicológicos y sociales						
Principios rectores	Teorías psicodinámicas	Teorías interpersonales	Relación entre EE y recaídas	Cognición y evolución clínica	Recuperación y Neuroplasticidad	
Terapias de apoyo	Terapia familiar	Tratamientos operantes Terapia familiar	Rehabilitación psicosocial Habilidades sociales Psicoeducación Intervención familiar	TCC Intervención familiar Tratamientos integrados	TCC Intervención temprana en psicosis ITP Remediación cognitiva Recuperación	TCC Terapias contextuales Remediación cognitiva Nuevas tecnologías
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Años 50	Años 60	Años 70	Años 80	Años 90	2000	Actualidad
↑ Introducción clorpromacina	↑ Neurolépticos típicos	↑ Clozapina Primer neuroléptico atípico	↑ Neurolépticos típicos clozapina	↑ Neurolépticos atípicos Antagonistas serotonin-dopaminérgicos		↑ Neurolépticos inyectables de larga duración Nuevas dianas terapéutica GABA, Glutamato, etc.
Principios rectores	Serendipity		Reducir efectos secundarios		Búsqueda de mecanismos Comprensión de las Dimensiones clínicas Endofenotipos biológicos	
Endofenotipos biológicos						
Tratamientos farmacológicos						
Manicomio	Salud Mental comunitaria	Antipsiquiatría	Rehabilitación	Década del cerebro	Genética Servicios de ITP	Postpsiquiatría
Organización de la asistencia a la psicosis / paradigmas prevalentes						

Este nuevo FOCAD, presenta

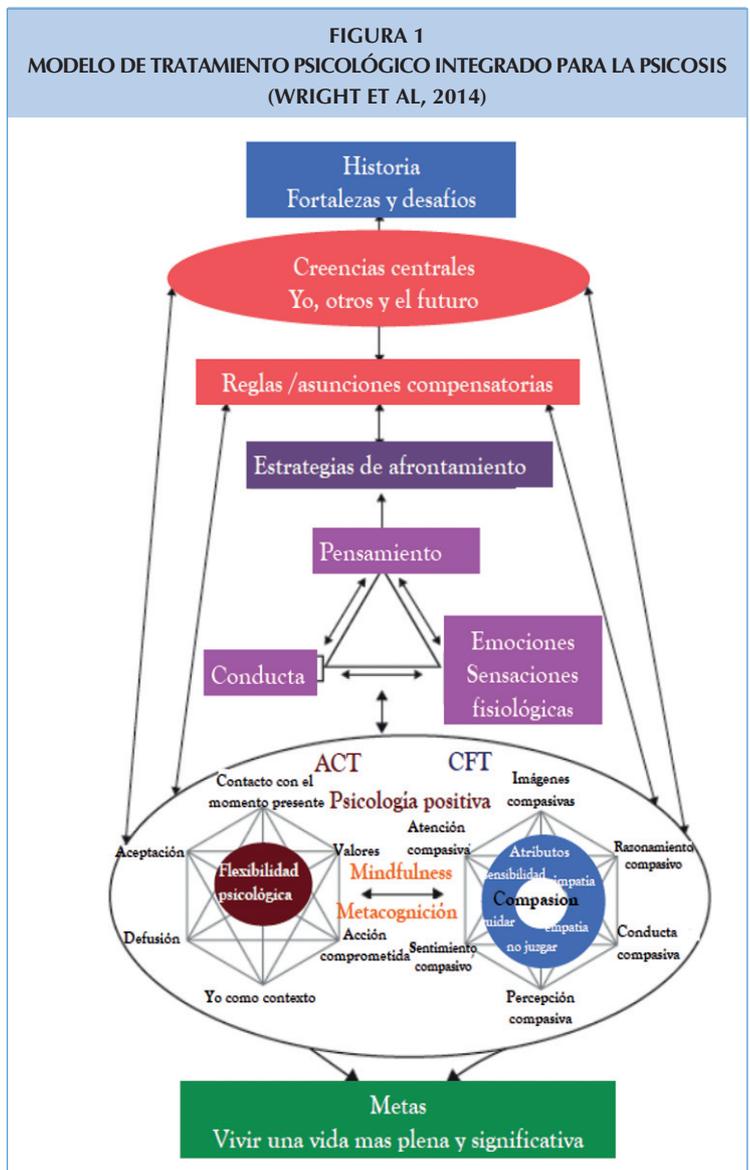
aquellos tratamientos psicológicos que están asentados en las indicaciones de guías y asociaciones científicas. Las terapias cognitivo conductuales, las intervenciones familiares y la remediación cognitiva, son en estos momentos la triada más asentada y recomendada, y deberían estar ya en la cartera de servicio de cualquier terapeuta o servicio de salud mental. Junto a estas intervenciones, incluimos otros tratamientos también consolidados, aunque con menos unanimidad en su evidencia como las intervenciones multimodales y el entrenamiento en habilidades sociales, e incorporamos nuevos desarrollos como las terapias contextuales y las intervenciones basadas en las nuevas tecnologías que están en pleno proceso de expansión y consolidación. Recordar por último, que esta foto fija actual, en realidad es una foto móvil y con fecha de caducidad (afortunadamente), y aunque los tratamientos de referencia actuales para la psicosis son eficaces, lo son con un tamaño de efecto pequeño o moderado y siguen necesitando mejorar. Y en eso se está.

1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PSICOSIS TCCP

La terapia cognitivo conductual se incorpora a la psicosis hace tres décadas. Desde la aparición de los primeros manuales clínicos que la inician (Perris, 1989; Kingdon & Turkington, 1994; Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Chadwick, Birchwood & Trower, 1996) hasta hoy, ha recorrido un largo camino que la ha acabado convirtiendo en la terapia de referencia para su tratamiento, siendo unánime su indicación en todas las guías clínicas y en las principales asociaciones profesionales como tratamiento de primera elección en todas las fases de la enfermedad, e incluso, como opción alternativa al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes que no pueden recibirlo por sus efectos secundarios, o que se niegan a recibirlo (Morrison et al, 2014; Morrison, 2019). Esta incorporación no solo ha supuesto añadir una forma de terapia más. Ha cambiado la concepción actual de la esquizofrenia y su manera de tratarla, y sobre todo, ha colocado de manera irreversible el componente psicológico en el centro del problema y de la solución para este trastorno.

En estas tres décadas de acumulación de experiencia clínica y evidencia experimental, la TCCp no ha parado de evolucionar. Ha ido ampliando su foco, y ha pasado de unas primeras formas de intervención centradas en los síntomas, a las últimas, centradas en los procesos psicológicos y en la persona (Chadwick, 2006; Cuppitt & Cooke 2019). Se ha adaptado a las distintas fases de la esquizofrenia, disponiendo de formatos de tratamiento para personas en riesgo de desarrollar el trastorno, para la recuperación de los primeros episodios de psicosis, y para el tratamiento de las formas más crónicas y refractarias. Ha ido integrando otras formas de terapia y adoptando una visión más próxima a las terapias contextuales, y por último, ha incorporado y desarrollado nuevas formas de intervención basadas en las nuevas tecnologías.

En el momento actual, podemos decir que la TCCp se está desarrollando en dos direcciones diferentes. Una de esas direcciones está evolucionando hacia visiones más globales e integradoras, incorporando a sus modelos y práctica otras formas de



terapia, como la terapia compasiva, el mindfulness, la psicología positiva o la terapia de aceptación y compromiso (Wright et al, 2014; Cuppitt, 2019). Podemos ver este modelo de TCCp integradora en la figura 1. La otra dirección camina hacia una integración de los distintos formatos de terapia en un protocolo unitario basado en la evidencia que sintetice los elementos comunes y eficaces de todas ellas (Morrison, 2017; Morrison & Murphy, 2018).

1.1. *Terapia cognitiva basada en la evidencia para la psicosis*

Morrison (2017) diseña el primer protocolo de tratamiento manualizado para guiar la aplicación de una terapia cognitiva basada en la evidencia para las personas con psicosis (TCBEp) que pretende unificar los procesos y contenidos de los distintos formatos de TCCp. Este protocolo, surge de las sugerencias realizadas por los consensos de expertos sobre los elementos esenciales de esta terapia (Morrison & Barrat, 2010), de las sugerencias de los usuarios de los servicios de salud mental que la recibían (Kilbride et al, 2013) y de los ensayos clínicos que evaluaron su efectividad. Para su diseño excluye las intervenciones inconsistentes con el modelo cognitivo para la psicosis (terapia compasiva, mindfulness, ACT), e integra los diversos formatos de tratamiento congruentes. Este modelo sostiene, que el malestar y la discapacidad que genera la psicosis no procede de sus experiencias, sino de cómo se interpretan y se responde ante ellas, y que la interpretación que se hace, es una consecuencia de las experiencias previas, del conocimiento y de las creencias asociadas. (Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Morrison & French, 2004; Morrison, et al, 2004; Kingdon & Turkington, 2005). El protocolo se aplica en 30 sesiones a lo largo de 12-18 meses. En los 6-9 primeros meses se concentraría el grueso de la intervención (26 sesiones), y el resto en los siguientes 3-6 meses. Aunque se asume, que esta temporalización se flexibilizará según cada caso particular.

Disponer de una serie de principios y valores claramente definidos que arropen la aplicación de las técnicas y estrategias terapéuticas es uno de los ejes estratégicos de este protocolo. Se destacan los valores centrados en la recuperación, el optimismo, una buena relación terapéutica y una práctica centrada en la persona. Estos principios quedan recogidos en el decálogo de consideraciones sugerido por Brabban et al. (2017) para promover y preservar la relación, la ética y los valores orientados a la recuperación al aplicar la TCBEp:

1. *Colaboración*: Establecer unos objetivos compartidos y trabajar en colaboración para conseguirlos.
2. *Utilizar un lenguaje sencillo*: Evitar toda terminología técnica que sea inaccesible, o que pueda producir la alienación de los usuarios del servicio (esquema, formulación, etc.), a menos que sea la preferencia del paciente. También se recomienda evitar el lenguaje médico (enfermedad, síntomas, etc.). Se indica la normalización, usar términos no médicos para discutir las experiencias de la persona (por ejemplo, escuchar voces o tener experiencias y creencias inusuales en vez de alucinaciones o delirios).
3. *Reconocer el contexto histórico*: Reconocer el impacto perjudicial de las experiencias adversas de la vida, y no minimizar tales experiencias dolorosas centrándose exclusivamente en el presente.
4. *Evaluar las valoraciones y las creencias (en lugar de desafiarlas)*: Es importante explorar el significado que tienen las creencias de los pacientes para ellos con una curiosidad genuina, y apoyarlos, para darle sentido a sus experiencias con sus propias expresiones.
5. *Tener cuidado con el modelo de vulnerabilidad al estrés*: Específicamente, los terapeutas no deben sostener que es necesario evitar todo estrés para estar bien, ya que esto es incompatible con objetivos de recuperación como el trabajo y las relaciones. Tampoco se debería sugerir que solo los «vulnerables» se ven afectados por el estrés.
6. *Validar la experiencia del paciente*: Una formulación cognitiva proporciona una manera de validar los pensamientos de una persona, sus emociones y comportamientos, demostrando que estos son comprensibles y no son «locuras» ni síntomas de enfermedad. Proporciona una justificación de por qué las personas experimentan sus problemas actuales.
7. *Proporcionar esperanza*: La TCBEp debe centrarse tanto en los objetivos personales del individuo como en los resultados previstos; identificar y trabajar para lograrlos y dar el mensaje de que son alcanzables es una forma de transmitir esperanza.
8. *Ofrecer una opción informada*: Dejar claro que la terapia es opcional y requiere dedicación y un trabajo intenso por parte del paciente. Asumir que no todos querrán.
9. *Garantizar una formación adecuada*: Proporcionar TCBEp de alta calidad es difícil y no se debe intentar aplicar sin un extenso entrenamiento especializado.

10. *Garantizar el acceso a una supervisión de calidad:* El apoyo y la supervisión continua deben estar permanentemente disponibles para los clínicos.

Dentro de este marco terapéutico, la TCBEp se desarrolla a lo largo de cuatro fases (Morrison, 2017; Morrison & Murphy, 2018): (1) Fase de evaluación y de enganche; (2) Fase de estrategias de cambio; (3) Fase de formulación longitudinal; y (4) Fase de consolidación.

Habitualmente la intervención transcurre en este orden, aunque no siempre se produce un tránsito lineal entre las primeras fases. A continuación, detallamos los contenidos de cada fase.

1. Fase de enganche y evaluación

En estos primeros momentos de la terapia se inicia la construcción de la relación terapéutica, elemento determinante en la evolución posterior del caso. Esta relación será más sólida y eficiente si tiene en consideración una serie de procesos como la construcción de la confianza, la generación de la sensación de empueramiento y control, la búsqueda de un significado y función personal en las experiencias psicóticas, y un desarrollo y refuerzo de las habilidades y fortalezas del paciente.

La formulación compartida del caso es otro de los ejes que articula la terapia, guía su desarrollo y evalúa sus logros. En este proceso de evaluación conductual, se evalúan tres elementos: (1) Los componentes conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos de los problemas actuales (conductas de seguridad, sesgos, valoraciones, etc.), sus disparadores, y los mediadores de estas respuestas; (2) Áreas como el consumo de drogas y alcohol, trauma, depresión, ansiedad social, ideación y riesgo de suicidio, déficits cognitivos y efectos secundarios de los neurolépticos; y (3) La historia personal (especialmente vivencias traumáticas), social y cultural, y el contexto vital actual (familia, amistades, sexualidad, trabajo, etc.). Inicialmente, se hacen formulaciones de mantenimiento de las experiencias psicóticas y de las situaciones actuales relevantes para entender que genera y mantiene el malestar. Esta formulación se centrará en aclarar que ha ocurrido (sucesos), que sentido le doy yo a lo ocurrido (valoración), como me siento con ello (emoción) y que hago ante ello (respuestas). Este proceso de formulación sirve además para facilitar la socialización del modelo cognitivo de psicosis en los pacientes. Generar una perspectiva normalizadora de las experiencias psicóticas ayudará a reducir la angustia y a desestigmatizarlas, facilitando el enganche.

En las primeras 3 sesiones se produce además la habitual explicación y posterior acuerdo sobre las características de la terapia, su duración, frecuencia, número de sesiones, confidencialidad. A partir de la tercera sesión se empieza a realizar conjuntamente la lista de problemas y objetivos. Estos procuraran estar relacionados con mejorar la calidad de vida, reducir los niveles de estrés y las respuestas emocionales disfuncionales, conseguir un relato de su historia y obtener una mejor comprensión de sí mismo. Otras metas pueden ser mejorar la red y las relaciones sociales, aumentar la confianza, ser más optimista. El establecimiento de prioridades en estos objetivos lo fijará el paciente teniendo en cuenta la accesibilidad al cambio de los problemas referidos y el impacto que puede producir en los demás el cambio en las áreas problemáticas. Las metas se revisarán regularmente.

2. Fase de estrategias de cambio

Una vez se han establecido las metas y se ha realizado la formulación de mantenimiento sobre la que girará la terapia se empiezan a desplegar las estrategias de cambio necesarias para conseguir los fines acordados. Lo habitual es que se puedan entrenar una o dos estrategias por sesión en consulta, y que a partir de la décima sesión al menos se haya entrenado ya una en entornos naturales. Entre las estrategias disponibles se incluyen:

- ✓ *Normalización:* El propósito de la normalización es evitar una actitud catastrófica e inducir optimismo de cara al futuro. Es especialmente útil en quienes desarrollan una visión de sí mismos anormal, extraña o mala por tener experiencias inusuales. Para ello, se proporciona información normalizadora de las experiencias psicóticas destacando su relación con las experiencias que las pueden facilitar (drogas, abusos, acoso, duelo, insomnio, etc.), y resaltando su prevalencia en la población normal y en personajes famosos. La normalización debe hacerse de forma clara y didáctica, adaptándose al nivel del paciente; utilizando diagramas, folletos, esquemas, búsquedas en Internet; animando al paciente a preguntar; comprobando que comprende, solicitándole *feedback*. A menudo se introduce pronto como ya que los clientes lo valoran mucho y puede ser una forma rápida de reducir la angustia.
- ✓ *Examinar las ventajas y desventajas de los eventos, evaluaciones y respuestas:* las experiencias inusuales como escuchar voces, pensamientos paranoides o suspicaces, la preocupación, la rumia, y la resistencia o enganche con las

voces pueden producir ventajas y desventajas. Así, un pensamiento paranoide puede producir seguridad: “Gracias a que no me fio de nadie y los vigilo a todos aún no me ha pasado nada malo” y algunas voces compañía y confianza: “La voz me avisa de las cosas malas que me van a pasar”. Si es así, el paciente debe decidir si quiere proceder o no a cambiar o si se pueden conseguir estas ventajas funcionales con otros procedimientos.

- ✓ *Análisis de evidencias / cuestionamiento periférico*: Se analizan las evidencias sobre las que se asientan las creencias delirantes (Por ejemplo: “Sé que saben lo que pienso por cómo me miran cuando paso a su lado”, o, “Saben que estoy loco porque se me nota en la cara”). Se puede evaluar la precisión de estas valoraciones revisando la evidencia actual y la pasada. La evidencia también se puede recopilar mediante el uso de diarios. El cuestionamiento periférico se refiere a un examen menos directo, a menudo centrado en la consideración de aspectos prácticos (tales como “¿Cuántas personas pueden ser necesarias para mantener a alguien bajo vigilancia?, ¿Cuánto habría que pagarles?, ¿Como se instalaría?, etc.).
- ✓ *Generar explicaciones alternativas*: De lo que haya ocurrido (evento) añadidas a la evaluación problemática original, y considerar las consecuencias emocionales de cada valoración alternativa. También se pueden utilizar la técnica de la tarta para ayudar a reevaluar la valoración original, que sería la última que se incorporaría al diagrama. (por ejemplo. La gente mira su móvil a mi paso porque: Explicaciones alternativas generadas (1) Acaban de recibir un mensaje, (2) Quieren consultar algo en internet, (3) se aburren y juegan con el móvil, o bien, explicación delirante original (4) Porque se comunican con sus cómplices para avisarles por donde ando). Es especialmente útil para evaluar la interpretación del origen de las voces; si son de un demonio, un signo de enfermedad, consecuencias de respuestas a un trauma, etc.
- ✓ *Reducción del aislamiento social / programación de actividades graduadas / dominio y placer / éxito programado*: Se puede utilizar cuidadosamente la programación de actividades específicas, el aumento de los contactos sociales y la ampliación de las redes sociales. para lograr directamente los objetivos de comportamiento además de probar las creencias y expectativas sobre el éxito y placer.
- ✓ *Conductas de búsqueda de seguridad / experimentos conductuales en sesión / asistido por terapeuta / exposición*: Los experimentos conductuales ofrecen un marco para salir al mundo a comprobar las preocupaciones y descubrir nueva información. Deben diseñarse en colaboración, definiendo el resultado previsto en términos observables y medibles, e identificando cualquier comportamiento de seguridad que pueda alterar la verdadera exposición para probar la creencia. Los resultados deben resumirse y entenderse con referencia a la formulación. Los experimentos conductuales más desafiantes (por ejemplo, abandonar los comportamientos de búsqueda de seguridad para poner a prueba ideas persecutorias) se realizan habitualmente en las etapas posteriores de la terapia, mientras que los experimentos menos arriesgados, que no suponen pérdidas, se realizan al inicio (por ejemplo, evaluar la utilidad de la supresión de pensamientos; comprobar la difusión de pensamiento usando una grabadora digital). La mayoría de estos experimentos se realizan en presencia del terapeuta
- ✓ *Creencias metacognitivas*: (por ejemplo, creencias positivas /negativas sobre las ideas paranoides, la rumiación y la preocupación): Evaluar los orígenes y la evidencia actual de las creencias positivas y negativas sobre los procesos mentales, incluyendo los pensamientos paranoides, la preocupación y la rumia, a la vez que analizar las situaciones puede ser útil.
- ✓ *Estrategias metacognitivas*: Si las personas luchan por desconectarse de sus experiencias , ejercicios experienciales y la práctica del mindfulness pueden facilitar esta elección.
- ✓ *Expectativas sobre el éxito y el placer /Creencias*: Las creencias sobre la probabilidad de éxito y / o placer relacionado con las tareas a realizar parece estar implicadas en las dificultades como la anhedonia y la avolición. Explorar y evaluar estas creencias junto con la asignación de tareas graduadas puede ser útil para mejorar estas dificultades.

3. Fase de formulación longitudinal

Esta fase implica el desarrollo en colaboración, entre paciente y terapeuta, de una formulación histórica compartida basada en el modelo cognitivo. El momento de llevarla a cabo puede variar considerablemente de un paciente a otro. Las razones para progresar a esta fase incluyen: la vinculación de problemas tras la realización de múltiples formulaciones de mantenimiento; hacer que múltiples problemas que se sienten como abrumadores parezcan relacionados y vinculados en uno solamente; necesitar una tercera explicación alternativa para sus experiencias si se sienten atrapados entre tener que elegir entre la enfermedad mental o evaluaciones inusuales y angustiantes (por ejemplo entre “soy

esquizofrénico o estoy poseído por un demonio”; o para ayudar a prevenir la recaída comprendiendo como se produjo el desarrollo inicial del problema.

Esta formulación se realiza habitualmente a mitad de la terapia, pero puede ser al final o llegar a no producirse. Se puede realizar al inicio de la terapia si en su narración inicial el paciente ya establece los lazos entre sus experiencias traumáticas tempranas y sus problemas actuales, o si su meta principal es entender que es lo que le está pasando. Por último, hay que estar preparados para exacerbaciones, ya que examinar las dificultades históricas puede ser estresante. Es importante por eso, monitorizar la respuesta emocional mientras se está realizando y obtener feedback al final de la sesión del esfuerzo realizado y el malestar sentido. En esta fase las estrategias de cambio incluirán la reestructuración cognitiva, experimentos conductuales y modificación de imágenes.

En el ejemplo de formulación (ver figura 2), se observa la interacción entre las experiencias vitales de la paciente (abusos infantiles, peleas, juicios) el desarrollo posterior de creencias nucleares y evaluaciones personales (no le importo a nadie, la gente es una falsa) y los acontecimientos recientes más activadores (voces críticas) toman sentido en este mapa personal. Se observa además como las respuestas emocionales y las conductas de seguridad (huir, callarse) o los estilos de afrontamiento disfuncionales (peleas) perpetúan el mantenimiento de los problemas y obstaculizan la búsqueda de soluciones adecuadas.

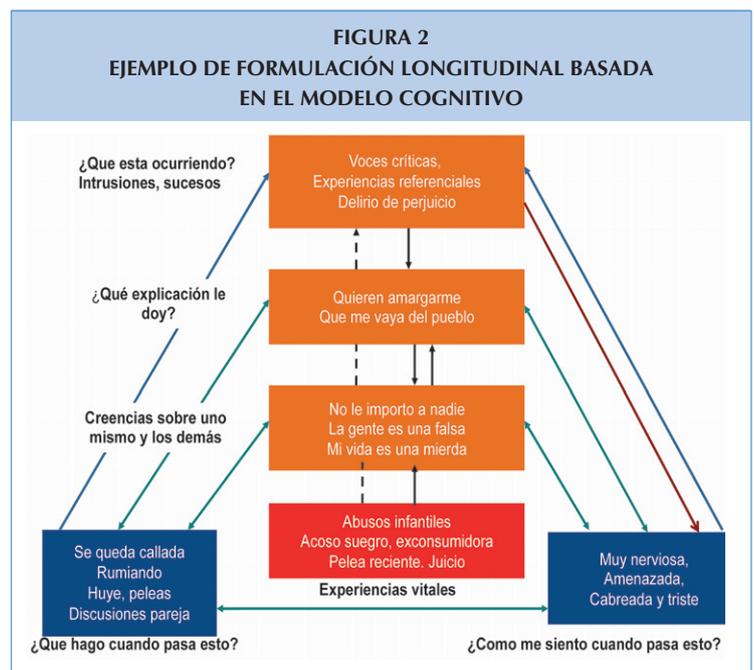
4. Fase de consolidación

El objetivo de las últimas sesiones (a menudo entre 2 y 4) es desarrollar un plan de terapia para el mantenimiento de las ganancias y la prevención de recaídas

- ✓ *Prevención de recaídas / plan / monitorizar y planes de acción:* El plan de terapia puede incluir información sobre los objetivos de la terapia, el resultado de la terapia en términos de progreso hacia estos objetivos, una copia de la formulación, un resumen de las estrategias útiles y un plan de acción para el mantenimiento de las ganancias. Puede variar en formato (por ejemplo, información escrita, grabaciones de audio o video, información gráfica) y duración, de acuerdo con las preferencias del cliente. Deberá desarrollarse en colaboración con el paciente para tomar decisiones sobre el propósito, el formato y el contenido del mismo.
- ✓ *Sesiones de refuerzo:* Se ofrecen para facilitar la consolidación de conocimientos y habilidades y para proporcionar una red de seguridad.

1.2. Terapia cognitiva para las voces imperativas

De todas las experiencias que produce la psicosis, las alucinaciones auditivas son las experiencias mas prominentes y angustiosas entre aquellas que no responden a los tratamientos farmacológicos. Estas voces imperativas, definidas como ordenes que el paciente experimenta procedentes de una voz personificada, a la que cree que debe obedecer, son las responsables de las acciones peligrosas o dañinas para si mismo o para los demás realizadas por quienes las escuchan y suponen el 48% de las voces (Sawyer et al, 2003). La terapia cognitiva para alucinaciones imperativas (CTCH), se crea basándose en el modelo cognitivo, que sostiene que la obediencia o apaciguamiento de este tipo de voces depende del tipo de relación que la persona que las escucha mantiene con ellas, y que esta, a su vez, es un reflejo del tipo de relaciones interpersonales de subordinación y rango social que la persona establece en su vida. Su propósito es desafiar y debilitar las creencias sobre el poder de las voces que mantiene quien las escucha y liberarle de la necesidad obedecerlas o apaciguarlas, reduciendo la angustia y las conductas dolorosas que generan (Byrne et al, 2006; Meaden et al, 2013). Ha sido puesta a prueba en el ensayo



COMMAND (Birchwood et al., 2013; 2018) y los resultados demostraron que la CTCH conseguía que solamente un 28% de los pacientes mantuviesen conductas de obediencia hacia estas voces frente a un 48% que las seguía obedeciendo en el grupo control que recibía el tratamiento habitual. La dimensión de poder, dentro de las valoraciones de las voces, junto con una dimensión afectivo-cognitiva altamente predictiva que incluía el poder de las voces, trauma infantil, depresión y autoagresión fueron los principales mediadores del efecto del tratamiento.

La terapia dispone de un manual para su aplicación (Meaden et al., 2013). Su esencia consiste en comprobar el poder percibido de la voz examinando y cuestionado diversos aspectos de la experiencia como: (1) Las evidencias de la falta de control sobre ella por quien la escucha; (2) La omminiscencia percibida en la voz (ej. su capacidad para adivinar el futuro); y (3) La capacidad percibida en la voz de llevar a cabo sus amenazas si no es obedecida y aliviar la angustia asociada a resistirse a las voces. La terapia se lleva a cabo en unas 25 sesiones a lo largo de 9 meses y se desarrollan a través de ocho niveles:

Nivel 1. Evaluación y enganche. El objetivo de este estadio es evaluar la sintomatología psicótica general y en particular las voces imperativas y sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales asociadas. Obtener una evaluación A-B-C detallada. Aquí el enganche es fundamental y esta habitualmente dificultado por la naturaleza distractora y angustiante de las voces. Para conseguir establecer y mantener la relación terapéutica se recomienda seguir unos principios fundamentales: Establecer un relación de confianza a través de la escucha empática; Animar a la persona explicar detalladamente sus experiencias y creencias; Anticipar las dificultades al enganche y abordar las creencias que lo podrían debilitar como por aquellas surgidas en torno a los comentarios negativos de las voces sobre el terapeuta; Disponer de un “botón del pánico” simbólico que permite a la persona parar y reconducir la intervención, dándole control sobre su desarrollo.

En la evaluación y formulación se identifican las creencias claves relacionadas con las voces imperativas y que incluyen: (1) Poder y control: Creer que la voz es mucho más poderosa que quien la escucha y que no se tiene control sobre ella; (2) Obediencia, resistencia y apaciguamiento: Creer que si no se obedece o apacigua la voz, esta puede infringir daño; (3) Identidad: A quien pertenece la voz; (4) Propósito y significado: Creer que las voces le están castigando por sus actos del pasado. Se establecen también como metas de la terapia la reducción de la angustia de las conductas de obediencia a las voces, así como la generación de alternativas funcionales a las actuales creencias disfuncionales sobre las voces.

Nivel 2. Promover el control. El objetivo de este estadio es enfatizar la fortaleza y las capacidades de afrontamiento del paciente y empezar a construir la evidencia contra su impotencia ante las voces. Este proceso implica desarrollar o reforzar el repertorio de afrontamiento para reducir la angustia y la conducta de obediencia asociada a la voz. Entre estas estrategias está utilizar auriculares, centrarse en las letras de las canciones, dirigirse asertivamente a la voz, etc.

Nivel 3. Socializar al paciente con el modelo cognitivo y desarrollar la formulación. Se ayuda al paciente a ver que el poder atribuido a las voces está en realidad en sus propias creencias sobre ellas. El terapeuta distingue con tacto la diferencia entre la voz como suceso activador (lo que dicen) y la interpretación que el paciente hace de ese contenido. Esta socialización empieza ayudando al paciente a distinguir entre hechos y creencias y a ver como las creencias a diferencia de los hechos pueden ser verdaderas o falsas y se pueden cambiar, especialmente cuando no son útiles. Así, aprende que tener voces es un hecho, pero que el control y poder sobre la persona que atribuye a las voces son creencias. Considerar las ventajas o desventajas de la veracidad o falsedad de las creencias es otra estrategia útil en esta fase. Acabada la formulación, se comparte con el paciente para conseguir una comprensión compartida y posteriormente se buscan los orígenes psicológicos de las relaciones de poder con la voz para proporcionarle una formulación alternativa que debilite el poder concedido a esta.

Nivel 4. Reformular y disputar el poder, omminiscencia y obediencia a las creencias. El objetivo de esta fase es el desequilibrio de poder que subyace a la obediencia y a la angustia asociado a las voces. Se trata de conseguir reducir el poder percibido en la voz y aumentar el propio; Reducir la obediencia, el apaciguamiento (resistirse a las ordenes más graves obedeciendo parcialmente de una manera más inocua a la ordenada por la voz), y otras conductas de seguridad que aumentan la resistencia; Debilitar la creencia de que se está siendo castigado y la convicción sobre la identidad de la voz. Desafiar estas creencias de poder incluye usar técnicas como el dialogo socrático, el descubrimiento guiado que incluyen el cuestionamiento de evidencias de las creencias, seguir una línea de razonamiento lógico que subraya sus inconsistencias, realizar pruebas de realidad para desconfirmarlas, normalizar las cualidades de la voz y animar a la persona a responder asertivamente a las voces.

Nivel 5. Reducir las conductas de seguridad y la obediencia. Las conductas de seguridad tienen la función psicológica de parecer que impiden el daño a la persona que las realiza (ej. “Si hago lo que me dicen las voces no me pasará nada malo”). Son estrategias naturales de afrontamiento, pero disfuncionales, generan ansiedad y un sentimiento de mayor vulnerabilidad cuando se tratan de retirar. Para evaluar la validez de estas conductas se utilizan experimentos conductuales que comprueban las predicciones catastrofistas asociadas a la emisión o no de una conducta determinada. Se anima al paciente a reducir su nivel de apaciguamiento y a observar que no suceden las temidas consecuencias, debilitándose así la convicción en la creencia. El siguiente paso para cambiar el diferencial de poder entre la voz y quien la escucha es el cuestionamiento directo de las ordenes de la voz. Esto se realiza con un desafío asertivo de sus órdenes (¿Porque tendría que hacer eso? O ¿Por qué no lo haces tú misma?).

Nivel 6. Aumentar el poder de la persona. En esta fase se busca modificar la posición del paciente, en términos de la teoría del rango social, en su relación con las voces y con los demás. Se aborda el esquema de dominación-subordinación que subyace en sus relaciones. El objetivo aquí es cambiar la conducta interpersonal extensa del paciente para aumentar su rango social y al mismo tiempo reducir su subordinación. Se refuerzan las nuevas creencias más útiles sobre el poder y se establecen límites con las voces ayudando al paciente a cuestionarlas directamente, a no estar siempre a sus caprichos y a tener tiempo para sí mismo.

Nivel 7. Abordar las creencias sobre identidad, significado y propósito de las voces. Este nivel incluye la utilización del dialogo socrático para reformular este tipo de creencias sobre las voces fortaleciendo las inconsistencias del sistema de creencias y las dudas del paciente y administrando pruebas de realidad. Una vez se ha desactivado las creencias disfuncionales sobre las voces se produce el desarrollo de explicaciones alternativas sobre su ocurrencia ligadas a al conocimiento actual en términos de malas atribuciones del lenguaje interno, como recuerdos traumáticos o ecos del pasado, o como una función protectora de dificultades y traumas asociada a creencias centrales.

Nivel 8. Abordar los orígenes psicológicos de las voces imperativas: trabajo con esquemas. Se revisa la historia evolutiva del paciente y se identifican sus problemas principales, enfatizando aquellos estresores o acontecimientos traumáticos que pudieron conducir al surgimiento de las voces y de sus creencias sobre ellas, así como de las creencias centrales sobre si mismo, el mundo o los demás. De este modo se obtiene una reformulación personal que conecta los esquemas nucleares con las creencias psicóticas y los esquemas de poder a la biografía y a las experiencias psicóticas del paciente que facilita el cambio y su consolidación.

Tres décadas después de su inicio, y a pesar de contradicciones anteriores en torno a su efectividad como las planteadas en la revisión Cochrane que concluía que la TCCp no era superior a otras terapias psicológicas o al tratamiento habitual (Jones et al., 2018), la TCCp continúa demostrando su eficacia. Así, en el primer metaanálisis en red de tratamientos psicológicos para pacientes con esquizofrenia de moderada gravedad, la TCCp redujo los síntomas positivos, síntomas negativos, la sintomatología general, la calidad de vida y el funcionamiento más que los controles inactivos, el tratamiento de apoyo y el tratamiento habitual, con un tamaño de efecto de pequeño a moderado según la condición control (Bighelli et al, 2018). Estos resultados coinciden con el metaanálisis de Turner et al. (2020) que demuestra la superioridad de la TCCp a los tratamientos habituales y a cualquier control en la reducción de delirios y alucinaciones y superior a los controles activos en la reducción de las alucinaciones. En ambos casos la evidencia es suficiente, estable y robusta, explicando el porqué de su elección actual como principal intervención psicológica para la esquizofrenia.

2. INTERVENCIONES FAMILIARES

Las intervenciones familiares han demostrado desde sus inicios su utilidad, y combinadas con el tratamiento farmacológico han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada de los familiares, en reducir la sintomatología clínica, las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes, y en su rentabilidad económica para los servicios sanitarios. Estas intervenciones se han desarrollado sobre cinco propuestas terapéuticas que apenas se han modificado desde su creación: El paquete de intervenciones sociales de Leff; El modelo psicoeducativo de Anderson; La intervención cognitivo-conductual de Tarrier; La terapia cognitivo conductual de Falloon; y Los grupos psicoeducativos multifamiliares de McFarlane (Vallina & Lemos, 2000). Todas comparten unos objetivos comunes: pretenden cambiar los ambientes adversos en el hogar; mejorar la comunicación y reforzar las capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares y de los propios pacientes, a la vez que favorece un rol activo del paciente en la gestión de su trastorno y mejorar el cumplimiento terapéutico.

En cuanto a los componentes clave que componen las intervenciones familiares eficaces, aún no se conoce con precisión cuales son sus ingredientes esenciales. Sin embargo, existe un amplio consenso en que deberían incluir los siguientes componentes (Lam, 1991; Gamble, 2004; Barrowclough & Loban, 2008):

- ✓ *Enfoque positivo y relación de trabajo empática: dando a los pacientes y cuidadores un sentido de valor.* Involucrar a las familias y al individuo mediante la exploración de experiencias pasadas en los servicios. Revisar y evaluar los niveles de carga de cuidados, tratamiento y necesidades de servicio. Escuchar las preocupaciones sobre el futuro. Ser flexible con los horarios y lugares de reunión. Trabajar en colaboración y valorando tanto a la familia como a la experiencia del paciente
- ✓ *Proporcionar información.* Evaluar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad, su pronóstico y tratamiento. Paquetes educativos basados en la evidencia hechos a medida, sin utilizar jergas clínicas. Identificar y monitorizar experiencias vitales estresantes. Revisar la información cuando sea necesario para asegurar que sea comprensible, valiosa y actualizada.
- ✓ *Reestructuración cognitiva.* Normalizar las respuestas emocionales. Reformular positivamente asunciones y comentarios negativos o de rechazo. Eliminar los errores de pensamiento que hacen que los familiares o los pacientes se sientan mal, y de esta manera, puedan empezar a sentirse más positivos consigo mismos, con su diagnóstico y con su resultado. Proporcionar a la familia una explicación del trastorno, poniendo especial atención en exculpar al paciente de sus síntomas y evitando juicios morales.
- ✓ *Foco en el aquí y ahora.* No centrarse en el pasado, no culpar ni juzgar las conductas de los familiares ni sus estrategias de afrontamiento anteriores. Mirar hacia delante, trabajar en el impacto de los síntomas y experiencias actuales y explorar las metas vitales futuras. Trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias día a día, evaluando sus puntos fuertes y débiles, analizando las relaciones en el seno de cada familia y la forma en que cada uno percibe los problemas y ensaya una solución
- ✓ *Aproximación centrada en la solución de problemas.* Establecer agendas realistas y disponer de métodos para identificar los problemas objetivamente. Negociar soluciones, fijar metas realistas, y acordar tareas para casa prácticas y conseguibles, mas centradas en el “hacer” que en el “pensar”.
- ✓ *Mejorar las habilidades de comunicación.* Hacer que las expresiones sean claras y sencillas y evitar intercambios emotivos entre los familiares mejorando los modos de dar *feedback* positivo y negativo dentro de la familia. Establecer reglas básicas de comunicación; valorando todas las contribuciones; estableciendo turnos de palabra; escuchando y compartiendo tiempo para hablar. Revisar y mejorar los estilos de comunicación, hablarse directamente los unos a los otros en primera persona.
- ✓ *Mejorar las habilidades de afrontamiento y las técnicas de reducción de estrés.* Aumentar las competencias de afrontamiento de todos a través de estrategias de resolución de problemas, promoviendo así la independencia y mejorando socialmente las redes de apoyo.
- ✓ *Intervención en crisis.* Entrenamiento en detección de señales tempranas de recaída e intervención en los momentos de máximo estrés, implicando a los miembros de la familia cuando son evidentes los signos de incipiente agudización.
- ✓ *Trabajo colaborador de los profesionales.* Actitud no culpabilizadora hacia los familiares, con respeto hacia sus propias necesidades y reconocimiento de la sobrecarga que supone convivir y cuidar a una persona con psicosis. Modelado de roles de todo lo anterior, además de mantener el control de las sesiones, manejar los conflictos y promoción de un enfoque de trabajo en equipo.

En su evolución, destacamos tres desarrollos recientes que apuntan por donde se están encaminando las innovaciones en las intervenciones familiares: Los programas cognitivo-conductuales de cuidados orientados a la recuperación en el hogar; La adaptación cognitiva familiar dirigida al tratamiento de los déficits cognitivos; y la intervención familiar online REACT.

2.1. Recuperación de la psicosis por habilitación de cuidadores adultos en el hogar

Uno de los últimos desarrollos en las intervenciones familiares en la psicosis ha sido desarrollado por Turkington et al. 2018 se trata de la *Recuperación de la psicosis por habilitación de cuidadores adultos en el hogar*. Esta intervención atiende a las necesidades emocionales de los cuidadores y al mismo tiempo contribuye a construir las capacidades necesarias para promover la recuperación de los familiares con psicosis a los que cuidan en sus hogares. El

modelo en el que se basa su intervención (ver figura3) supone la sucesión de cuatro niveles de cuidados: preparación emocional, construcción de habilidades, cambio conductual y recuperación.

Nivel 1. *Preparación emocional*. El objetivo aquí es instalar la esperanza y el optimismo en los familiares sobre su posibilidad de influir en la recuperación desde el hogar de sus seres queridos. A la vez, se equilibran sus responsabilidades de cuidadores con sus propias necesidades y deseos. Se les ayuda a que activen su autocuidado, reduzcan su propio estrés y desafíen sus percepciones de culpa y desesperanza.

Nivel 2. *Construcción de habilidades*. Se enseña a los cuidadores a iniciar conversaciones, a preguntar y a responder cuando sus familiares están estresados o están experimentando síntomas psicóticos, a dar sentido y a normalizar los síntomas que observan, a abordar los problemas con la medicación, a trabajar con las voces y las creencias extrañas, a manejar la apatía y el auto-abandono, y a manejar los riesgos y prevenir las recaídas.

Nivel 3. *Cambio conductual*. El objetivo es influir en el estilo de comunicación y en las actividades cotidianas en el hogar entre el cuidador y la persona cuidada. Mantener la neutralidad emocional, evitar el criticismo y la sobredependencia en las relaciones y realizar actividades significativas que no esté relacionadas con la enfermedad, suponen cambios importantes en las conductas en un contexto de cuidados para alguien con psicosis.

Nivel 4. *Recuperación*. En este modelo se entiende como el resultado de mejorar el funcionamiento de la persona con psicosis y como la mejora o el mantenimiento del bienestar de los familiares y amigos que le están cuidando.

La intervención se lleva a cabo en unos talleres de entrenamiento para familiares. El entrenamiento utiliza una variedad de métodos de aprendizaje como las presentaciones por los expertos, role playing, breves demostraciones en DVD, cuestionarios y ejercicios. El contenido de los talleres (recogido en la tabla 3) incluye una introducción a las técnicas más avanzadas para delirios, voces y síntomas negativos, técnicas de psiquiatría para la medicación y el riesgo, y técnicas conductuales para aumentar el ánimo y tratar con la ansiedad y el estrés. Los primeros resultados obtenidos con este procedimiento (Turkington et al, 2018) indican una mejoría en la depresión, ansiedad y bienestar mental de los cuidadores y una mejoría en el funcionamiento de sus familiares con psicosis.

2.2. Adaptación cognitiva familiar

Las personas con esquizofrenia experimentan habitualmente déficits cognitivos significativos que no suelen ser abordados por los programas de psicoeducación familiar y que contribuyen a su déficit de



TABLA 3
TALLER FAMILIAR PARA EL CUIDADO DE LA PSICOSIS (TURKINGTON ET AL, 2018)

Tema	Componentes
1. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación, recaída y esquizofrenia Conocimiento de los principios de la TCC
2. Principios claves del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda Neutralidad emocional Activar el autocuidado
3. Normalizar	<ul style="list-style-type: none"> Antídoto para el autoestigma Como son de comunes los síntomas psicóticos Escuchadores de voces famosos y con éxito Explicaciones normalizadoras
4. Dar sentido a la psicosis	<ul style="list-style-type: none"> Estilos de cuestionamiento A-B-C de voces y delirios. Que mantiene los síntomas psicóticos
5. Trabajar con la medicación	<ul style="list-style-type: none"> Pros y contra de usar medicación Pensamientos automáticos y creencias sobre las medicación Ligando la medicación a las conductas
6. Afrontamiento: bueno y malo	<ul style="list-style-type: none"> Distracción y focalización Estilos de afrontamiento que empeoran las cosas Estilos de aceptación y mindfulness
7. Síntomas negativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué son? Reconociendo las causas secundarias Aproximaciones clave Dominio gradual y placer
8. Trabajar con las voces	<ul style="list-style-type: none"> Tipos y contenidos. Diarios de voces Fijar límites a las voces Trabajar con explicaciones y emociones. Pruebas de realidad
9. Banderas rojas	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer situaciones de alto riesgo Primeros auxilios en psicosis ¿Que es lo siguiente?, ¿A quien llamar?
10. Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer signos tempranos. La firma de recaída Plan de acción Trabajar con el equipo de cuidados

funcionamiento y a la carga de los familiares. La adaptación cognitiva familiar (FCA) es un tratamiento que se diseñó basándose en la asunción que los familiares de las personas con esquizofrenia son capaces de aprender habilidades para ayudar los pacientes a afrontar sus dificultades cognitivas y poder conseguir sus metas personales, siendo capaces de construir un sistema de apoyos naturales para el paciente y para toda la familia. Se trata de un tratamiento basado en la clínica que implica trabajar con los pacientes y sus familiares para enseñarles estrategias de adaptación cognitiva que apoyen y mejoren el funcionamiento diario y además reduzcan la carga familiar (Friedman-Yakobbian et al, 2009).

La FCA es un programa de tratamiento que se desarrolla en 16 sesiones familiares individuales de una hora durante un periodo de 5-6 meses, y que incluyen al paciente y a sus familiares (ver tabla 4). La terapia empieza con una evaluación cognitiva y funcional que incluye: (1) La batería cognitiva de consenso MATRICS, (2) Evaluación de las habilidades vitales adaptativas (gestión del tiempo, autocuidado, etc), y (3) Una evaluación en el hogar para identificar barreras al funcionamiento adaptativo en su propio ambiente. Tras la evaluación se desarrollan las sesiones que incluyen: (1) psicoeducación sobre la esquizofrenia y las dificultades cognitivas relacionadas con ella, (2) feedback sobre las fortalezas y debilidades cognitivas del paciente y sobre sus áreas de dificultad funcional, (3) Identificación e implementación en colaboración de estrategias de adaptación cognitiva para abordar las áreas de dificultad. Estas estrategias suelen implicar la modificación del ambiente del paciente por medio de marcadores, dispositivos electrónicos y una estructura y organización del hogar para señalar y secuenciar la conducta adaptativa que compensen o sorteen los efectos de los déficits cognitivos en el funcionamiento.

En un ensayo piloto abierto (Friedman-Yakobbian et al, 2016), se demostraron los altos niveles de satisfacción de los pacientes con la FCA, un aumento de las tasas de implicación laboral y académica del 30% al 50%, una reducción en los niveles de carga familiar tras la intervención y a los seis meses de seguimiento, y una mejoría en la sintomatología negativa, en el funcionamiento adaptativo durante el tratamiento que no se sostuvo al seguimiento.

2.3. Intervención familiar online

Las intervenciones familiares, a pesar de las indicaciones de todas las guías clínicas siguen estando infrutilizadas. Para poder facilitar información de calidad y apoyo emocional de una manera fácil y accesible de manera gratuita a los familiares de personas con esquizofrenia o trastorno bipolar se diseña el REACT; Kit de herramientas afrontamiento y educación familiar, basándose en los principios de la psicoeducación e intervenciones familiares y con la colaboración de familiares y clínicos (Honary et al, 2018; Lobban et al, 2017). El programa se encuentra accesible en una página web online (<https://reacttoolkit.uk>) y está compuesto por:

1. 12 módulos psicoeducativos (tabla 13) que recogen los contenidos seleccionados como importantes por las familias e incluyen videos de expertos por experiencia y expertos clínicos, estrategias y educación basada en la evidencia y tareas de reflexión que ayudan a los usuarios a aplicar el contenido a sus circunstancias personales
2. Apoyo de iguales a través de un foro de grupo moderado
3. un servicio de mensajería confidencial
4. Un directorio de recursos que incluye los recursos locales y nacionales disponibles sobre psicosis y trastorno bipolar y proporciona contacto con los servicios de emergencia.

La web cuenta con una página “conoce al equipo”, que informa sobre quien administra el sitio. En “mi caja de herramientas” se ofrece a los usuarios un espacio confidencial para guardar enlaces a cualquier fuente de información que quieran con-

TABLA 4
COMPONENTES DE LA ADAPTACIÓN COGNITIVA FAMILIAR
(FRIEDMAN-YAKOBBIAN ET AL, 2016)

Sesiones	Contenidos
1-3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre los síntomas, el tratamiento de la esquizofrenia y las dificultades cognitivas relacionadas con la esquizofrenia • Introducción a la adaptación cognitiva
3	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback sobre las fortalezas cognitivas del paciente y sus dificultades (basadas en la evaluación clínica y cognitiva inicial) • Se entrega a los participantes un dossier resumiendo las recomendaciones
4	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza una aproximación de solución de problemas colaboradora para discutir las posibles metas funcionales de la FCA. Se acuerdan una o dos metas
5-14	<ul style="list-style-type: none"> • Los familiares y el paciente identifican estrategias de adaptación cognitiva para mejorar el funcionamiento en un área concreta • Las sesiones se centran en identificar barreras, seleccionar estrategias y practicarlas para mejorar las metas funcionales • Se puede realizar alguna sesión en el hogar o en la comunidad para facilitar las prácticas en el entorno natural
15-16	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los progresos y el plan para utilizar la adaptación cognitiva tras finalizar la terapia

servar, incluyendo contenidos específicos del programa. La página blog ofrece un espacio flexible para comunicaciones adicionales con los usuarios del sitio que pueden editarse por las personas de apoyo a REACT que son los encargados de proporcionar el apoyo emocional y guiar a los familiares por las partes del programa y por otros recursos relevantes. Si los participantes no visitan la página en una semana reciben un recordatorio de visita.

Esta intervención fue evaluada en un estudio controlado para determinar su efectividad clínica comparándola con el solo uso de un directorio de recursos, y su coste efectividad (Lobban et al, 2020). Los resultados mostraron un descenso significativo de los elevados niveles de angustia que tenían los familiares y un aumento del bienestar y apoyo percibido en ambos grupos al finalizar el estudio y durante el seguimiento. Los autores atribuyen esta falta de efecto clínico del REACT al bajo uso del sitio web comparado con el apoyo a los familiares en la terapia cara a cara y al elevado nivel de estrés basal de la muestra. A la vez, reflexionan sobre lo inadecuado de esperar los mismos resultados en las intervenciones online que en las cara a cara. Siguen defendiendo el uso del procedimiento por su facilidad de acceso y su forma aceptable, segura y barata de proporcionar información y apoyo a las familias con psicosis. De momento, en nuestra opinión, quizás sea más adecuada como forma complementaria a intervenciones presenciales o como alternativa para quienes no puedan acceder a ellas por problemas económicos, de salud o de acceso.

Las intervenciones familiares ya están consolidadas experimentalmente con todo tipo de pacientes, etapas de la enfermedad, entornos y culturas, y constituyen uno de los tratamientos psicológicos de elección prioritario reconocido en todas las guías clínicas. Si las primeras generaciones de investigaciones estaban más volcadas en el estudio de sus efectos en los pacientes, las últimas generaciones se han centrado en el efecto en los familiares. En una revisión sistemática y metaanálisis reciente de 32 estudios y 2858 pacientes, se observó el efecto de las intervenciones familiares psicoeducativas sobre los cuidadores (Sin et al, 2017). Los resultados mostraron que la intervención familiar fue superior en la reducción de las morbilidades generales de los cuidadores (SMD -0.230 , 95% CI -0.386 to -0.075), en la carga percibida (SMD -0.434 , 95% CI -0.567 to -0.31), en las experiencias de cuidado negativas (SMD -0.210 , 95% CI -0.396 to -0.025) y en la emoción expresada (SMD -0.161 , 95% CI -0.367 to -0.045). No se encontraron asociaciones significativas entre modalidad de la intervención, duración de la misma, tiempo de contacto y resultados obtenidos. No hay duda que las intervenciones familiares en la esquizofrenia son eficaces en la prevención de recaídas, en la reducción de las tasas de recaída y de rehospitalización, en la reducción de la carga familiar, en los cambios de conductas de alta a baja emoción expresada, en la mejoría de conocimientos sobre la esquizofrenia, en el mejor cumplimiento terapéutico, la mejor adaptación social del paciente, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos sociales, siendo económicamente rentables para los servicios sanitarios (NICE, 2014; Camacho-Gómez & Castellvi, 2020; McDonagh et al, 2017)

3. REHABILITACIÓN COGNITIVA

Las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia son unas de sus manifestaciones nucleares. Estas alteraciones suelen afectar a la práctica totalidad de los dominios cognitivos de la persona: velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visoespacial, memoria de trabajo, atención/vigilancia y razonamiento y resolución de tareas. Las personas con esquizofrenia suelen presentar un déficit en estas funciones que fluctúa entre 0,75 y 1,5 desviaciones estándar por debajo de las personas sanas. Estas disfunciones se han observado en todas las fases de la enfermedad, incluida la fase prodrómica, muestran una gran estabilidad a lo largo de todo su curso, se han detectado a niveles atenuados en familiares biológicos no afectados de pacientes, y no se han podido explicar por el uso de medicación antipsicótica o de sus efectos secundarios. Toda esta evidencia junta parece apuntar que las alteraciones cognitivas no sociales reflejan una disfunción primaria asociada a la vulnerabilidad a la esquizofrenia (Green, Horan & Lee, 2019).

La Remediación cognitiva (RC) se define como una intervención de entrenamiento conductual dirigida al déficit cognitivo (atención, memoria, función ejecutiva, cognición social o metacognición) que utiliza principios científicos de aprendizaje con el objetivo final de mejorar los resultados funcionales. Su efectividad aumenta cuando se proporciona en un contexto (formal o informal) que brinda apoyo y oportunidad para mejorar el funcionamiento diario (Cognitive Remediation Expert Working Group, 2012; McGurk et al, 2013). Esta definición es muy amplia e incluye desde aquellos programas que solamente utilizan ejercicios basados en el ordenador, hasta intervenciones conductuales como el uso de modelado y refuerzo para dar forma a la atención en sesiones de entrenamiento de habilidades individuales o grupales sin práctica con ordenador, u otras prácticas de ejercicios cognitivos que los vinculen con

actividades de la vida diaria. En las aproximaciones cognitivo-sociales, los procesos complejos se descomponen en las habilidades que lo componen, las cuales son practicadas, enseñadas y aprendidas utilizando ensayo, modelado y role-play con feedback corrector ((McGurk et al, 2013; Medalia & Saperstein, 2020).

La RC se caracteriza por la presencia de seis componentes habituales (Medalia & Belluci 2012): (1) Evaluación basal de la cognición; (2) Un conjunto de metas relacionadas con la recuperación general y con las actividades de rehabilitación; (3) Aplicación en grupo de la RC al menos dos veces a la semana durante un mínimo de 3-4 meses; (4) Entrenar ejercicios específicos de las habilidades cognitivas seleccionadas; (5) Determinar el uso de las habilidades cognitivas en la vida diaria; y (6) Monitorizar y rastrear los progresos, y planificar los objetivos y los ajustes de tratamiento de manera acordada. Las metas cognitivas y funcionales de la RC se recogen en la tabla 5.

El campo de la remediación cognitiva ha estado dominado por dos “escuelas” (Cella, Reeder & Wykes, 2015). La aproximación basada en ejercicios y prácticas propone que la mejoría cognitiva se puede obtener principalmente por la práctica frecuente e intensiva ajustada a la habilidad de la persona. La otra aproximación sugiere que la práctica de tareas debe suplementarse con el uso de estrategias que aumenten el potencial de generalización a los problemas del mundo real. Esta distinción es similar a la que se establece entre aproximaciones “de arriba-abajo” o “de abajo-arriba”. Los programas de arriba-abajo se dirigen preferentemente a las funciones cognitivas superiores como la metacognición y las funciones ejecutivas y promueven una aproximación estratégica a la práctica de tareas. Las aproximaciones de abajo-arriba tienden preferentemente hacia el entrenamiento de las habilidades perceptivas y atencionales básicas.

Los programas de RC están basados en los principios centrales de la practica masiva, el aprendizaje sin errores y la motivación. No obstante, entre los distintos programas existentes existen importantes diferencias en la forma de administración, en el diseño de interfaz, en la dependencia del terapeuta, en la frecuencia y duración de las sesiones, y en la extensión de su foco sobre la transferencia de las habilidades cognitivas al funcionamiento general. McGurk (2016) clasifica en cuatro grupos los distintos métodos de remediación cognitiva:

1. *Aproximaciones basadas en la estrategia.* Se centra en la adquisición de habilidades para esquivar las dificultades

cognitivas. Utiliza el andamiaje y pone especial énfasis en la interacción terapeuta-cliente y en el consejo. La terapia de remediación cognitiva (Wykes & Reeder, 2005) diseñada para corregir y mejorar los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención a través del entrenamiento en módulos de flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y planificación y cuyos objetivos son el aumento de la capacidad y la eficiencia de las funciones cognitivas, enseñar esquemas cognitivos variados y transferibles para guiar la acción, mejorar la metacognición y aumentar la motivación es el mejor representante de esta opción.

2. *Aproximaciones restauradoras.* Se basan en que las mejorías en la cognición están mediadas por la plasticidad neural, y se dirigen directamente a los déficits cognitivos a través de la practica repetida de ejercicios, la cuidadosa valoración de las dificultades de la tarea y el mantenimiento de elevados niveles de desempeño. La práctica de tareas está jerárquicamente organizada, se entrenan primero aspectos elementales de procesamiento sensorial o atencionales y posteriormente habilidades superiores de memoria y solución de problemas. La terapia de mejora neurocognitiva (NET) y el PositScience Fitness Program, son dos ejemplos de programas asistidos por ordenador y jerárquicamente organizados que mejor representan esta modalidad

TABLA 5
OBJETIVOS DE LA REMEDIACIÓN COGNITIVA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS COGNITIVOS Y FUNCIONALES (MEDALIA & SAPERSTEIN, 2020)

Diana cognitiva	Metas cognitivas	Metas funcionales (ejemplos)
Velocidad de procesamiento	Practica responder rápidamente y con precisión a estímulos visuales y/o auditivos	Atender y responder a señales ambientales con precisión y rápidamente apoyar todos los aspectos de la vida diaria, escuela y trabajo
Memoria	Realizar tareas mentales usando información visual o verbal tenida en cuenta; Estrategias de practica para facilitar la codificación y el recuerdo de información escuchada o leída	La retención y recuerdo de contenido verbal son necesarios para seguir instrucciones, aprender material de clase y recordar detalles de una conversación o de un libro. La memoria visual ayuda a encontrar objetos y navegar por rutas
Atención	Focalizar la practica en la información auditiva y/o visual relevante para la tarea aumentando los períodos de tiempo; identificar distracciones comunes y desarrollar estrategias para permanecer enfocado en la tarea en cuestión	Concentrarse en la información relevante para la tarea mientras se filtran estímulos irrelevantes es importante para el trabajo o las tareas escolares, para una comunicación efectiva, y para completar eficientemente las actividades de la vida diaria
Razonamiento	Practica de trabajar a través de problemas de creciente complejidad y tareas de rendimiento que tienen múltiples pasos y más objetivos distales de una manera lógica y organizada	Las habilidades de lógica y de solución de problemas son necesarias para organizar y planificar, gestionar el tiempo, aumentar la independencia, completar tareas para la escuela / trabajo, socializar, establecer objetivos razonables y trabajar constantemente hacia los resultados deseados
Tacto/ Cognición social	Aprender elementos de percepción social para Reconocer las señales sociales y hacer juicios sobre as emociones, pensamientos, creencias e intenciones de otros	Mejorar la precisión de la percepción e interpretación de las emociones y de las señales sociales facilitará una adecuada interacción con los demás

3. *Aproximaciones motivacionales.* Son una mezcla del entrenamiento en práctica y ejercicios y de la adquisición de estrategias como método para mejorar la función cognitiva. El método de entrenamiento es secundario para la promoción intrínseca de la motivación, que se evoca a través de una cuidada atención al ambiente de aprendizaje, a la aproximación del terapeuta y a los materiales de trabajo. El programa manualizado de educación neuropsicológica y rehabilitación (NEAR) ejemplifica esta aproximación (Medalia, Herlands & Saperstein, 2018). Este programa sostiene que los déficits en motivación y en volición son el escollo central en la adquisición de nuevas habilidades cognitivas en la esquizofrenia, y que estos, son consecuencia de repetidas experiencias de fracaso secundarias a los deterioros cognitivos y sociales. Por ello, enfatiza el entrenamiento cognitivo de los procesos motivacionales necesarios para la adquisición de las habilidades cognitivas. La elección por el paciente de ejercicios multimodales que enganchan y son intrínsecamente reforzantes, y contextualizar, son elementos claves para mejorar la motivación y promueven la autoeficacia e independencia.
4. *Aproximaciones híbridas.* Ofrecen tratamiento en habilidades neurocognitivas por medio de un paquete de otros módulos de entrenamientos en habilidades que incluyen la cognición social y/o el entrenamiento en habilidades sociales. La terapia de mejora cognitiva (CET) (Hogarty & Flesher, 1999) ejemplifica esta orientación combinando trabajo en grupos estructurados o individualmente con ejercicios en el ordenador. Se inicia la terapia con entrenamiento cognitivo, se hacen tareas de ordenador para potenciar la memoria, la atención y la solución de problemas, y a continuación se trabaja en grupo la cognición social, aprendiendo a ponerse en lugar de los demás, a interpretar las claves contextuales no verbales, a manejar emociones y a valorar adecuadamente el contexto social. Los ejercicios se basan en situaciones reales de la vida del paciente y se organizan por niveles en los que el paciente va ocupando roles de observador a protagonista y donde sus objetivos cognitivos son múltiples. El programa de rehabilitación cognitiva REHACOP, desarrollado en España y validado experimentalmente (Ojeda et al, 2012; Sánchez et al, 2014) es otro ejemplo. El programa consta de ejercicios altamente estructurados de menor a mayor dificultad cognitiva, relacionados entre sí y dirigidos a entrenar las capacidades cognitivas en los 8 módulos que integran la intervención: atención, lenguaje, aprendizaje y memoria, funciones ejecutivas, cognición social, habilidades sociales y psicoeducación.

Las aproximaciones de RC más eficaces para mejorar el funcionamiento han sido aquellas que incorporan elementos de desarrollo de estrategias y rehabilitación. Actualmente existe un consenso con evidencia empírica que sostiene que las mejorías cognitivas se pueden maximizar si la remediación cognitiva incluye: (1) Práctica masiva (práctica repetida con elevada frecuencia de varios días a la semana durante periodos prolongados); (2) Aprendizaje escalonado facilitador de altas tasas de éxito; y (3) Focalizar en la motivación (Reeder et al, 2017). La eficacia se encuentra también relacionada con la utilización de una serie de principios comunes que facilitan su éxito (Kashavan & Eack, 2019):

1. *Intervenciones dirigidas a un objetivo.* La mejora cognitiva se dirige a un amplio rango de funciones (percepción auditiva y visual, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, estrategias metacognitivas y cognición social). Una forma de abordarlas es empezar con el funcionamiento sensorial básico (aproximaciones de abajo hacia arriba) e ir gradualmente construyendo estrategias para mejorar funciones cognitivas superiores (mecanismo de arriba-abajo). Otra aproximación consiste en dirigirse a ambos conjuntos de funciones.
2. *Adaptativas y progresivas.* Actividades que se adaptan automáticamente al rendimiento del alumno manteniendo ligeramente el nivel de dificultad, pero sin un desafío excesivo, aumentan la sensación de autoeficacia y, por lo tanto, tienen más posibilidades de éxito.
3. *Práctica y repetición.* La manera más efectiva de mejorar el aprendizaje y la construcción de habilidades es practicar una y otra vez. La repetición incrementa claramente la cantidad retenida y la duración de la retención de la información aprendida. El aprendizaje se fija mejor y es más profundo cuando supone un esfuerzo. Una aproximación que mejora el aprendizaje es la práctica de recuperación (ej. Recordar conceptos o hechos de la memoria o ser interrogado sobre lo que se aprende). La práctica espaciada es más efectiva para la retención de material.
4. *El andamiaje y el aprendizaje sin errores.* Son otras dos estrategias fundamentales. Al inicio del entrenamiento el terapeuta proporciona apoyos cognitivos para realizar las tareas y luego el paciente continúa practicando estrategias cognitivas mientras el terapeuta va eliminando gradualmente estos apoyos. Las estrategias minimizan los errores y maximizan el éxito.
5. *Generalización de aprendizaje.* Requiere del uso de esquemas cognitivos y de tareas de aprendizaje más abstractas y profundas.

6. *Enganche y motivación.* La motivación puede ser extrínseca, y estar relacionada con recompensas externas como premios o dinero, o intrínseca, y estar asociada con la tarea en sí misma. La motivación intrínseca aumenta cuando se es competente en una tarea (autoeficacia), cuando se espera experimentar éxito y placer, y cuando se tiene la libertad y la habilidad para implicarse en la tarea (autonomía).
7. *Ajustar las intervenciones a la persona.* Desarrollar un plan terapéutico individualizado en el que las metas personales relevantes estén identificadas y conectadas con las estrategias utilizadas en el entrenamiento con el ordenador facilita la generalización del aprendizaje de las habilidades entrenadas a la vida diaria.
8. *Entrenamiento estratégico.* El entrenamiento estratégico es el proceso de ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias explícitamente planeadas para solucionar problemas cognitivos y generalizar esas estrategias a la vida cotidiana.
9. *Escalabilidad.* Los deterioros cognitivos son fundamentalmente cuantitativos y se observan a lo largo de un rango de trastornos mentales y a través del continuo de los trastornos del espectro psicótico. Esto hace que las aproximaciones de mejora cognitiva utilizadas en la esquizofrenia se puedan extender al resto de los trastornos.

Estos principios se engarzan en los cuatro elementos que los expertos han determinado esenciales y que todo programa de RC debería incluir: (1) Facilitación de la RC por un terapeuta entrenado; (2) La práctica de ejercicios cognitivos; (3) La atención al desarrollo de estrategias cognitivas; (4) Procedimientos para facilitar la transferencia de las ganancias cognitivas al funcionamiento cotidiano (Bowie et al, 2020).

3.1. El programa *circuits* (Computerized Interactive Remediation of Cognition Interactive Training For Schizophrenia)

Esta intervención ilustra los desarrollos en este campo vinculados a las nuevas tecnologías. Se trata de un programa computerizado de rehabilitación cognitiva de nueva generación, diseñado en estrecha colaboración con los usuarios de servicios diagnosticados de esquizofrenia, y que hace un fuerte énfasis en la adaptación individual para mejorar el procesamiento estratégico y metacognitivo, concentrándose en la transferencia de habilidades cognitivas a la vida diaria (Reeder et al, 2016). Esta intervención ha mostrado una mejoría significativa en la memoria visual, en las funciones ejecutivas y en el funcionamiento comunitario cuando se añade a los cuidados habituales en el tratamiento de la esquizofrenia (Reeder et al, 2017) superior al mostrado solamente por los cuidados habituales. Además, cuando se combina con terapia cognitivo conductual para la psicosis consigue una mejoría sintomática, de insight y de funciones ejecutivas con un menor número de sesiones que si se utiliza solamente la terapia cognitiva (Drake et al, 2014).

El programa está basado en una Web con instalaciones offline alternativas, administradas principalmente por terapeutas, pero que también se pueden realizar independientemente. Se lleva a cabo en sesiones de 45 minutos durante unas 26 sesiones, pudiendo adaptar su frecuencia e intensidad a las características individuales del paciente. Gira en torno a un “pueblecito” virtual y las tareas tienen lugar en edificios relevantes. Consta de 27 tareas, cada una con al menos 12 niveles de dificultad que están parcialmente regulados por inteligencia artificial. Es un sistema modular adaptable a diferentes problemas y habilidades cognitivas, a diferentes lenguas, culturas y escenarios terapéuticos (con y sin terapeuta). CIRCuiTS está organizado en torno a tres elementos centrales:

1. *Un foco en la transferencia dentro del programa.* Las tareas se dividen en dos tipos: “Tareas abstractas” y “ejercicios”. Las tareas abstractas tienen contenido neutral (ej. Numero de formas geométricas) y están diseñadas para abordar funciones cognitivas específicas. Son predominantes en la fase inicial del programa y gradualmente se van intercalando. Los ejercicios, más complejos, son tareas más validas ecológicamente que requieren múltiples funciones ejecutivas. Se organizan en cinco categorías: trabajo, situaciones sociales, cocinar, comprar y viajar. Se introducen gradualmente.
2. *Implementación de un modelo metacognitivo dentro del programa.* Se trata explícitamente a través de un “viaje metacognitivo” que incluye: (1) Introducción a CIRCuiTS; (2) Tus metas; (3) Tus estrategias; (4) Tu vida diaria; y (5) Tus logros. Los usuarios establecen las metas e identifican las fortalezas y dificultades personales que son regularmente revisadas y modificadas. Antes de cada tarea, el usuario evalúa la dificultad anticipada en la tarea; estima cuanto le va a llevar realizar la tarea; identifica estrategias para completarla; comprueba y valora su puntuación tras la tarea; como encuentra de difícil la tarea en la actualidad; y como encuentra de útiles sus estrategias. El terapeuta también se centra en la metacognición animando al usuario a adoptar una aproximación sistemática que incluye planificar, implementar y revisar. Además de adoptar una actitud colaboradora que facilita el conocimiento al usuario de las fortalezas y debilidades que afectan a su ejecución.

3. *Tratamiento ajustado individualmente.* Un administrador de interfaz permite a los terapeutas manejar y crear nuevos programas de terapia abarcando y combinando tareas de CIRCuiTS y elementos metacognitivos dirigidos a las necesidades individuales del paciente.

La RC es una intervención que se va consolidando con firmeza en sus distintos formatos como confirman las últimas investigaciones. Un metaanálisis de multiresultado reciente que analiza los efectos de la RC en 67 estudios con 4.067 pacientes (Kambeitz-Illankovic et al, 2019), encontró que en sus dos modalidades: RC por ordenador o RC por ordenador combinada con consejo por el terapeuta, mejoraba la atención ($g=0.23$), la memoria verbal ($g=0.21$), la cognición social ($g=0.18$), la memoria de trabajo ($g=0.21$), la velocidad de procesamiento ($g=0.22$), el razonamiento ($g=0.25$) y la cognición global ($g=0.26$) con un tamaño de efecto de pequeño a mediano. Se comprobó también un pequeño efecto sobre los síntomas negativos ($g=0.13$), y depresivos ($g=0.25$), sobre los resultados sociales ($g=0.26$) y de trabajo ($g=0.40$). Los efectos positivos de pequeños a moderados sobre los síntomas negativos ($g=-0.36$) se confirman en un nuevo metaanálisis de red (Cella et al, 2017). Otro metaanálisis reciente (Allott et al, 2020) confirma la eficacia de las intervenciones compensatorias de RC en la mejora del funcionamiento social con un tamaño de efecto medio ($g=0.46$) y sobre los síntomas positivos, negativos y generales con un tamaño de efecto pequeño. La RC asimismo ha mostrado su efectividad en pacientes internos mejorando su velocidad de procesamiento ($g=0.48$), memoria ($g=0.48$) y memoria de trabajo ($g=0.56$) (Cella et al, 2020). A la luz de estos datos, podemos concluir que las mejoras cognitivas activan la restauración del funcionamiento psicosocial y este a su vez facilita la mejoría de los síntomas clínicos; que resulta indicado administrarla en combinación con intervenciones adicionales (por ejemplo, rehabilitación vocacional, transición estratégica o aleccionamiento en habilidades) a fin de lograr beneficios funcionales significativos en la vida real. (Green, Horan & Lee, 2019); y que parece llegado el momento de incorporar esta intervención en los servicios de salud mental.

4. ENTRENAMIENTO EN INTERACCIÓN Y COGNICIÓN SOCIAL

La cognición social se define como las operaciones mentales subyacentes a las interacciones sociales que incluyen la habilidad humana para percibir las intenciones, conductas y planes de los demás (Green et al, 2008). Incluye los procesos cognitivos implicados en los pensamientos sobre el yo, los demás y las situaciones e interacciones sociales. Abarca varios subdominios como la teoría de la mente/atribuciones del estado mental, la percepción social, el estilo/sesgos atributivos, y el procesamiento emocional. En la esquizofrenia, se ha observado que todos estos dominios están afectados y que la cognición social es independiente de la neurocognición y juega un importante papel en el funcionamiento social (Pinkham et al, 2014).

Pese a ser un área de desarrollo terapéutico reciente, en la actualidad ya existe una extensa oferta de tratamientos disponibles dirigidos a sus distintos dominios (Tan, Lee & Lee, 2018). De entre estos, el entrenamiento en interacción y cognición social (SCIT) es una de los tratamientos para la cognición social mejor conocido y más investigado. Es una terapia de grupo manualizada, que también se puede aplicar individualmente y que tiene las siguientes características generales: Se centra en los procesos cognitivos sociales como la percepción de emociones, la teoría de la mente y el estilo atribucional; busca la mejora del funcionamiento social y la recuperación en personas con psicosis; y utiliza la exposición graduada para confrontar progresivamente a los pacientes con experiencias sociales ambiguas, desafiantes y personalmente relevantes (Roberts, Penn & Combs, 2016). Se aplica al menos una vez por semana en unas 20-24 sesiones de 45-60 minutos. Su estructura se divide en tres fases (ver tabla 6) y combina el uso de técnicas como psicoeducación, solución de problemas guiada, técnicas cognitivo conductuales como el dialogo socrático, y la autoapertura.

TABLA 6
ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO DE LA SCIT
(ROBERTS, PENN & COMBS, 2016)

Sesiones	Fases	Contenido
1-7	I. Introducción y emociones	<ul style="list-style-type: none"> Introducción al SCIT y a la cognición social Construyendo la alianza de grupo Revisión del papel de las emociones en las situaciones sociales Desarrollo de habilidades de reconocimiento de emociones
8-15	II. Interpretar situaciones	Ejercicios dirigidos a: <ul style="list-style-type: none"> Salto a las conclusiones Sesgos atribucionales Tolerancia a la ambigüedad Distinguir hechos sociales de conjeturas Obtención de datos para hacer mejores conjeturas
16- 20	III. Integrar	<ul style="list-style-type: none"> Consolidación de habilidades Generalización a los problemas cotidianos

Fase 1. *Introducción y emociones*. Las primeras sesiones son para construir la familiaridad grupal e introducir a los pacientes en la terapia y en el concepto de cognición social. En el resto de la fase se definen las siete emociones básicas, se discute la relación entre emociones y situaciones sociales, se identifican las emociones basándose en las expresiones faciales, se instruye a los clientes como estimar la confianza en la calidad de los juicios sociales y se conceptualiza la paranoia como una emoción.

Fase 2. *Interpretar situaciones*. En esta fase se pone especial énfasis en los tres estilos de respuesta disfuncional a los sucesos sociales negativos o ambiguos: La atribución de intenciones maliciosas a los demás, estilo asociado a la paranoia; Atribuirse los problemas a uno mismo, un estilo asociado con la depresión; y evitar o repudiar las situaciones sociales, un estilo asociado con los síntomas negativos y la ansiedad. Los pacientes aprenden estrategias para modificar esos sesgos y otros como el salto a las conclusiones y promover interpretaciones de las situaciones sociales flexibles y adaptativas que incluyen la generación de múltiples atribuciones para los sucesos negativos, la toma de perspectiva, distinguir hechos sociales de conjeturas, tolerar la ambigüedad en las situaciones sociales y aceptar la imposibilidad de saber siempre la verdad en esas situaciones.

Fase 3. *Integrar*. En esta fase final se consolidan las habilidades aprendidas a lo largo del programa y se aplican a la vida diaria de los pacientes. Para ello se utiliza el aprendizaje, los ensayos conductuales y se aplica un algoritmo de solución de problemas paso a paso llamado “compruébalo”. Se anima a los pacientes a llevar al grupo situaciones problemáticas de su vida diaria, el grupo las analiza y desarrolla las estrategias conductuales para desarrollar las acciones que disminuyan la angustia interpersonal.

Los estudios experimentales llevados a cabo con el SCIT han demostrado, que en general, se trata de una intervención eficaz. Así en una revisión sistemática (Pinkaham et al, 2014) se probó su valía para mejorar la percepción de emociones, la teoría de la mente y el funcionamiento social en pacientes del espectro de la esquizofrenia, y en distintos entornos clínicos, aunque aún debe resolver el desafío de su integración en la práctica clínica habitual. Estos resultados se confirmaron en un reciente y extenso metaanálisis realizado por Nijman et al. 2020. En este trabajo, se estudiaron 46 estudios aleatorizados que evaluaban la eficacia de los dos grandes grupos de terapias, las específicas, como la SCIT orientadas a los dominios concretos de la cognición social y las denominadas de “base amplia” que además del entrenamiento en cognición, incluye otras intervenciones psicosociales para mejorar también la neurocognición y las habilidades sociales. Los resultados encontraron que las terapias de base amplia eran las más consistentemente efectivas y mejoraban de manera significativa la percepción de emociones, la percepción social, la teoría de la mente y el funcionamiento social. Por su parte, las terapias específicas tenían mayores efectos en la percepción de emociones y en la percepción social. Se observó así mismo que los formatos grupales mejoraban más la el funcionamiento social y formatos individuales eran más efectivos para para la percepción de emociones. Por último, llama la atención que aquellas intervenciones que no incluían la remediación cognitiva eran más efectivas que las que si la incluían y que ninguno de los tratamientos consiguió mejorar significativamente los estilos de atribución ni la sintomatología, lo que parece fortalecer la idea de que la cognición social, la neurocognición y los estilos atribucionales son dominios autónomos que requieren intervenciones específicas y diferenciadas.

En España destaca el Programa de entrenamiento en cognición social (Gil et al, 2009). Este programa consta de cuatro módulos: Procesamiento emocional; Teoría de la mente y estilo atribucional; Percepción y conocimiento social; y Personalización de los contenidos vistos. El programa es accesible de forma gratuita en la web (www.proyectoscores.es).

5. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son todos aquellos comportamientos que comunican nuestras necesidades y emociones a los otros en una manera que nos permite negociar el discurrir de la vida cotidiana y conseguir nuestras metas personales. En esencia, comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a las personas con trastornos mentales graves, que los presenten de manera deficitaria, en los diversos programas de entrenamiento existentes. Así, el entrenamiento en habilidades sociales (SST) se centra en mejorar la competencia social, incluyendo la cognición y la percepción social (p.ej., habilidad para evaluar adecuadamente las manifestaciones emocionales de los demás), en el procesamiento de la información social (p.ej., habilidad para interpretar correctamente las palabras/acciones de los demás) y en una adecuada manifestación de las habilidades expresivas. Además, se enseñan otro tipo de habilidades como las habilidades afiliativas (p.ej., una adecuada autoapertura), las habilidades interactivas (p.ej., iniciar y mantener conversacio-

nes), habilidades de roles instrumentales (p.ej., aprender como funcionar en sociedad) y cómo comportarse de acuerdo con las normas sociales (Lieberman, 2008).

Este proceso de entrenamiento en habilidades sociales se desarrolla a lo largo de una serie de pasos descritos por Bellack et al. (2004) y que incluyen: (1) Establecer una razón para la habilidad, (2) Discutir los pasos de la habilidad, (3) Modelar la habilidad en un role-play y revisarlo luego con los miembros del grupo, (4) Implicar a un miembro del grupo en un role-play utilizando la misma situación, (5) Proporcionar feedback positivo, (6) Proporcionar feedback corrector, (7) implicar al miembro del grupo en otro role-play usando la misma situación, (8) Proporcionar feedback adicional, (9) Implicar a otro miembro del grupo en el role-play y proporcionar feedback, y (10) Asignar tareas para casa que se revisará al comienzo de la siguiente sesión.

Desde su inicio en los años 70, el SST ha evolucionado a lo largo de tres etapas. En una primera etapa se utiliza como tratamiento específico y diferenciado dentro de los planes de cuidados de la persona con diagnóstico de trastorno mental grave. Posteriormente se incorporará como un componente más dentro de terapias multicomponentes o integradas, y en la actualidad se ha diversificado en un amplio rango de intervenciones redefinidas como intervenciones de recuperación social y centradas la percepción social y en los procesos de cognición social (véase Ortuño, Díez-Gómez y González-Pando, 2019 para una excelente revisión de estos nuevos desarrollos). Turner et al. (2018) clasifican los distintos subtipos de SST en los siguientes cuatro grupos a los que hemos incorporado una referencia de tratamientos ilustrativos de cada uno:

1. *Entrenamiento en habilidades sociales cognitivo-conductuales (CBSST)*. Intervenciones que utilizan una aproximación similar al entrenamiento en habilidades genéricas clásico, pero integrando técnicas cognitivo conductuales como la reestructuración cognitiva, el debate verbal o los experimentos conductuales (Granholm, McQuaid & Holden, 2016).
2. *Entrenamiento genérico en habilidades sociales*. Incluye aproximaciones similares al modelo original de habilidades sociales consistente en una intervención grupal de orientación conductual basada en el aprendizaje social y donde el terapeuta implica a los participantes en sesiones de entrenamiento interpersonal. El foco de este entrenamiento es la asertividad, la comunicación verbal y no verbal, la reducción de la angustia social, y el aprendizaje de respuestas contextuales apropiadas a las situaciones sociales. Entre las técnicas empleadas destacan el modelado, el ensayo de conducta, el juego de roles, y las reflexiones y discusiones grupales entre otras (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004).
3. *Entrenamiento en habilidades cognitivo-sociales (SCST)*. Esta categoría se refiere a un relativamente amplio rango de intervenciones que se centran en refinar los procesos cognitivo-sociales como la percepción de emociones y las habilidades de la teoría de la mente. Este entrenamiento puede integrar programas de ordenador o videos con el fin de facilitar la mejoría del entrenamiento de las respuestas sociales y también puede seguir una estructura de “instrucción-repetición” (Roberts, Penn & Combs, 2016).
4. *Basados en los módulos UCLA-FAST*. Intervenciones basadas en el modelo de entrenamiento en habilidades sociales de la Universidad de Los Ángeles. Integran entrenamiento tradicional en habilidades sociales junto con psicoeducación, prevención de recaídas y habilidades para el manejo de actividades de la vida diaria como la medicación o vivir independientemente (Lieberman, 2008). Una aproximación similar es el entrenamiento en habilidades funcionales adaptativas.

Los resultados de la eficacia de estas intervenciones son contradictorios. Así, en la revisión de Almerie et al. (2015) se encontró que estos programas de SST son superiores a los cuidados habituales en todas las medidas de funcionamiento social, presentan unas tasas más bajas de recaída, de rehospitalización, y el estado mental y la calidad de vida también es mejor. Sin embargo, comparados con un grupo de discusión control dejan de encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Por su parte, en el meta-análisis de Turner et al. (2018) encuentran que el SST, en sus distintos formatos, es superior al tratamiento habitual y a los controles activos para los síntomas negativos ($g=0.3$ y $g=0.2-0.3$ respectivamente) y para la psicopatología general ($g=0.4$), y que, dentro de los distintos subtipos de programas de SST, las aproximaciones cognitivo-sociales son las que mejores resultados obtienen con un tamaño de efecto robusto de ≥ 3 ($g = 0.39$, $P = .01$) y ≥ 2 ($g = 0.41$, $P = .01$), recomendando su incorporación a los sistemas de salud. McDonagh et al. (2017) obtiene resultados similares y además observan una mejoría en la sintomatología de la PANSS (SMD -1.50, 95% CI -1.92 a -1.09). Todos estos estudios coinciden en la necesidad de realizar más ensayos multicéntricos controlados para mejorar su evidencia científica. Con todo, es uno de los tratamientos con potencial

para ser alternativa costo-efectiva a las terapias individuales para el tratamiento de los síntomas negativos y generales de la psicosis en los sistemas de salud mental (Turner et al, 2018) y con un eficiente nivel de desarrollo e innovación terapéutica en nuestro país (Ortuño et a, 2019) que merece una mayor extensión y uso.

Estas contradicciones se trasladan a las indicaciones de las principales guías clínicas. Así, mientras la guía del NICE no recomienda el entrenamiento en habilidades sociales de manera rutinaria como intervención específica a las personas con esquizofrenia (NICE, 2014), el resto de las principales guías (p.ej., *American Psychiatric Association*, *Royal Australian* y *New Zealand College of Psychiatrist* y la *Canadian Schizophrenia Guidelines*), sí que recomiendan la disponibilidad y utilización de programas dirigidos a la mejoría de la cognición social y del funcionamiento social en personas con esquizofrenia, aunque con un nivel de evidencia, en las recomendaciones, generalmente bajo todavía. En España, la guía de práctica clínica del SNS recomienda su uso en personas graves o moderadamente discapacitadas con un nivel A de evidencia y su disponibilidad para individuos con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social con un nivel B de evidencia (SNS, 2009).

6. TRATAMIENTOS MULTIMODALES

Tienen su referente central en la Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007) es el programa más utilizado y probado en pacientes con esquizofrenia. En su formato original, está diseñado para aplicación grupal y tiene una orientación conductual para la mejora de las habilidades cognitivas y sociales, que incluye cinco módulos o subprogramas. Los tres primeros (diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal) forman parte del bloque de rehabilitación cognitiva de la intervención, y se dirigen específicamente a los déficits en las funciones cognitivas básicas: atención, percepción y memoria; y los dos últimos (entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales) conforman el bloque de entrenamiento en competencia social

Los subprogramas de la IPT (tabla 7) están ordenados jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas intervenciones entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. La aplicación de estos subprogramas se puede adaptar a las características de cada paciente; de modo que aquellos pacientes más deteriorados, con más carga de sintomatología negativa y con un importante déficit cognitivo, serían más adecuados para trabajar con los tres primeros módulos de tratamiento, mientras que aquellos con unas habilidades cognitivas más conservadas y con mayor movilidad social, se beneficiarían más de la aplicación de los dos últimos módulos del programa. La IPT se implementa en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, y durante un mínimo de tres meses. Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza desde tareas simples y previsibles hasta otras más difíciles y complejas. A la par, va decreciendo la estructuración de la terapia; desde unos inicios muy estructurados hasta un final mucho más espontáneo. Por otra parte, cada subprograma se inicia con material emocionalmente neutro y, a medida que se avanza en la terapia, va aumentando también su carga emocional.

En un meta-análisis con 30 estudios incluyendo 1.393 pacientes para evaluar la efectividad de la IPT, realizado por sus autores (Roder, Mueller, Mueser, & Brenner, 2006), su efectividad fue superior a otras condiciones control en todas las variables analizadas: síntomas, funcionamiento psicosocial y neurocognición, en los distintos escenarios en los que se aplicó (pacientes internos o ambulatorios), entornos (académicos o no académicos), y fases de la esquizofrenia (aguda o crónica); y esta superioridad se mantuvo en seguimientos realizados con una media de 8 meses. En un posterior meta-análisis (Roder, Mueller, & Schmidt, 2011) con 36 estudios que incluyeron a 1.601 pacientes con esquizofrenia, se confirma la mejoría

TABLA 7
LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (IPT)
(RODER, BRENNER, KIENZLE & FUENTES, 2007)

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

en todas las mismas variables de resultado y observa mejores resultados cuando se administran todos los subprogramas de la IPT, sugiriendo que los subprogramas cognitivos y sociales tienen un efecto sinérgico en la mejora de la transferencia de la terapia en el tiempo y en la recuperación funcional. Se ha comprobado además que los destinatarios de la IPT se benefician más de la terapia cuando se complementa con psicoeducación dirigida a ellos mismos y a sus familiares, y su eficacia parece mayor cuando quienes la reciben responden al siguiente perfil: paciente ambulatorio de entre 18 y 40 años, sin consumo continuado de drogas (sí se incluye el consumidor esporádico), que conviva con su familia y que ésta se implique activamente en el tratamiento, que no haya pasado prolongados ingresos hospitalarios y que presente un ligero o moderado déficit ejecutivo frontal (Vallina & Lemos, 2003).

La IPT se ha modificado y ha dado lugar a dos formas de terapia nuevas: el programa de entrenamiento en habilidades de ocio, vivienda y laborales (WAF), y la Terapia Neurocognitiva integrada (NIT). La NIT es una terapia de grupo para pacientes ambulatorios de 30 sesiones que combina dominios de neurocognición y cognición social en cuatro módulos (Roder & Mueller, 2015):

- a. Velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, Percepción de emociones
- b. Aprendizaje verbal y visual, memoria, Percepción social (Teoría de la mente)
- c. Razonamiento y solución de problemas, esquemas sociales
- d. Memoria de trabajo y atribución social, regulación de emociones

La NIT consiguió mejorar varios dominios social-cognitivos y neurocognitivos (velocidad de procesamiento, razonamiento y solución de problemas, percepción de emociones y esquemas sociales), la sintomatología negativa y el resultado funcional en un ensayo controlado (Mueller, Schmith & Roder, 2015)

7. TERAPIAS CONTEXTUALES PARA LA PSICOSIS

En las dos primeras mitades del siglo XXI se ha producido la incorporación al tratamiento de la psicosis de las terapias contextuales. Estas incluyen: a) La terapia de aceptación y compromiso para la psicosis; b) La terapia centrada en la compasión para la psicosis; c) la terapia cognitiva basada en el mindfulness para la psicosis; y d) la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis perturbadoras (Vallina, Pérez, Fernández & Montes, 2019). Todas ellas asumen, por un lado, que los problemas psicológicos tienen que ver con las relaciones de las personas con los demás y consigo mismo, y que se dan en la historia coevolutiva de la persona y sus circunstancias. Por otro lado, en vez de centrarse en la reducción de síntomas, buscan la consecución de los logros personales de acuerdo con los valores propios en los dominios vitales relevantes para el individuo a pesar de la presencia de tales interferencias sintomáticas. El objetivo de la terapia pasará de la eliminación de los síntomas al cambio en la forma de reaccionar y de relacionarse con los mismos (Pérez-Álvarez, 2014; Ellett & Kingston, 2020).

7.1. Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis

La Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis (ACTp) es un modelo, más que un conjunto de técnicas, que formula los problemas de la psicosis en términos de inflexibilidad psicológica. Esta inflexibilidad, hace que los individuos experimenten las circunstancias de la vida de manera limitada debido a los excesos de evitación experiencial, a la literalidad sobre las experiencias privadas, a la falta de claridad sobre las direcciones de la vida y a las dificultades para comprometerse con las acciones que son efectivas en el largo plazo. Esta terapia les ayuda a la recuperación y a la prevención de recaídas tras un episodio de psicosis, enfatizando la flexibilidad psicológica por medio de la aceptación, el mindfulness, y las estrategias de activación conductual guiadas por los valores personales (Morris y Oliver, 2009). En esta tarea, la ACTp incorpora dos aportaciones especialmente relevantes. Por una parte, ayudando a diferenciar entre experiencias internas (pensamientos y sentimientos) y la parte del yo que experimenta dichas experiencias. Esto, les facilita a las personas con psicosis conseguir una mayor aceptación de su trastorno, y les distancia de las evaluaciones personales críticas y del autoestigma. Por otro lado, despoja a tales experiencias del control que habitualmente ejercen sobre las elecciones y las acciones, colaborando así, con una superación más sana y adaptativa del trastorno.

El uso de las técnicas de defusión, el contacto con el momento presente, y el yo como observador de la experiencia, facilitan la reducción de los niveles de preocupación y de convicción de los síntomas psicóticos. Las técnicas de aceptación implican ejercicios para ayudar a las personas a reconocer la inutilidad de intentar directamente controlar o suprimir tales experiencias. Con el compromiso, se enfatiza la articulación de los valo-

res y metas personales, y se busca minimizar los efectos de los síntomas en la consecución de estas metas en términos conductuales. Estas estrategias serían particularmente útiles para la preocupación en las alucinaciones auditivas (O'Donoghue, Morris, Oliver & Johns, 2018). Ahora bien, la utilización de esta terapia en las personas con psicosis, hace necesario que se incluyan una serie de adaptaciones en los protocolos estándar de la ACT. Estas se hacen con el fin de facilitar el recuerdo y la comprensión en aquellos que tienen limitaciones de atención, dificultades cognitivas y preocupaciones. En consecuencia, se introducen modificaciones en la relación terapéutica, en los procesos de apertura, en los procesos de conciencia, en los procesos activos y en el estilo terapéutico (Morris, 2019; O'Donoghue, Morris, Oliver & Johns, 2018). La Tabla 8 recoge los componentes esenciales de la ACTp (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2016).

La evidencia experimental de la ACTp aún es escasa, frágil y contradictoria. Así, Wakefield, Roebuck & Boyden (2018) en una reciente revisión sistemática destacan la utilidad de esta intervención para el tratamiento comunitario y en unidades de agudos de personas con psicosis y muestran su utilidad para producir cambios en el afecto, en el funcionamiento, en las tasas de hospitalización, en la perturbación generada por los síntomas, en la credibilidad y en la flexibilidad. Louise et al. (2018) realizan un meta-análisis para evaluar la eficacia de las intervenciones de tercera ola sobre la psicosis en ensayos aleatorizados, y en los estudios incluidos observaron que las intervenciones basadas en el mindfulness tenían un efecto mayor que las intervenciones basadas en ACTp individual ($g = 0.29$), no observándose en las intervenciones ACTp efectos de tratamiento significativos sobre los síntomas psicóticos cuando se agruparon los estudios por protocolo de tratamiento. Por último, Jansen et al. (2020) en su meta-análisis de 16 estudios con trastornos del espectro esquizofrénico encuentran: a) un efecto de moderado a grande de la ACTp sobre la sintomatología general, la hospitalización y la aceptación b) un efecto de pequeño a moderado sobre la depresión el funcionamiento social y el mindfulness c) un pequeño efecto sobre los síntomas negativos y d) ausencia de efecto significativo sobre los síntomas positivos y la calidad de vida Señalar, por último, que tras sus adaptaciones esta terapia ha demostrado su viabilidad, aceptabilidad y efectividad para poder ser aplicada desde los servicios rutinarios de salud mental a las personas con psicosis (Buttler et al, 2016; Gaudiano et al, 2020)

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología la incluye entre las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la psicosis (Cooke, 2014). La Australian Psychological Society (Lovelock et al, 2018) y la guía del Royal Australian y New Zealand College of Psychiatrist (Galletly et al, 2016) no le asignan un nivel de evidencia determinado, pero esta última, basándose en una mezcla de la evidencia disponible, experiencia clínica, y consenso de expertos, recomienda el uso de la ACTp para aquellas personas que hayan recibido TCCp y a las que su sintomatología aún les siga causando angustia e incapacidad

TABLA 8
ELEMENTOS TERAPÉUTICOS ESENCIALES DE LA ACTP
(GARCÍA-MONTES & PÉREZ-ÁLVAREZ, 2016)

Elementos terapéuticos	Objetivos principales
1. Crear un estado de desesperanza creativa	Pretende que el sujeto contacte emocionalmente con el desconcierto, y la incertidumbre, abandonando estrategias que han podido aliviarle a corto plazo pero que, a la larga, han empeorado su situación real
2. Plantear la posibilidad que el problema sea el control	Trata que el individuo comprenda que hay ciertos aspectos de sus experiencias mentales que es imposible controlar y de igualar experiencias psicóticas a sus problemas emocionales
3. Crear una distancia con respecto al lenguaje	Empezar a hacer que el individuo se distancie de sus experiencias generando dudas sobre aspectos distintos a las alucinaciones o los delirios
4. Ayudar a crear un sentido trascendental del "yo"	Dirigir las intervenciones a fortalecer el sentido de uno mismo como contexto
5. Aclarar y fortalecer los valores de la persona	Buscar formas en que la persona pueda cumplir estos ideales en sus circunstancias. Convertir en asuntos pragmáticos los valores ideales de la persona y fomentar la importancia de la responsabilidad personal
6. Desarrollar la voluntad	Ordenación jerárquica de fines que ponen a la persona ante el carácter conflictivo y trágico de la existencia. Se sitúa la terapia en la vida y se incorpora, como un aspecto más, las recaídas

7.2. Terapia centrada en la compasión para la psicosis

La terapia centrada en la compasión para la psicosis (CFTp) fue desarrollada para personas con problemas de salud mental severos y crónicos, asociados con frecuencia a elevados niveles de vergüenza, autocrítica, y con historias de abandono infantil y otras formas de abuso. El propósito de la CFTp es poner a punto la capacidad de la gente para distanciarse de sus pensamientos, sentimientos y problemas, y tratarse a sí misma con más compasión y amabilidad. De este modo, se accede al sistema de afectos que genera nuestros sentimientos de tranquilidad, seguridad y conexión y se resuelven nuestros problemas emocionales. La compasión, eje y razón de ser de la terapia, se defiende como la cualidad humana capaz de generar las condiciones que facilitan la apertura, el cuidado, la seguridad y la integración y que, junto con la auto-

compasión, facilitan la aceptación, la tolerancia y la creación de patrones de exploración e integración de los diferentes elementos de nuestra mente (Gilbert, 2010).

La CFTp se sostienen en dos pilares básicos. El primer pilar es su modelo de los tres sistemas básicos de regulación de emociones: (1) El sistema de amenaza y autoprotección, (2) el sistema de búsqueda de incentivos y de recursos y (3) el sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad. La terapia enfatiza cómo la gente tiende a quedar atrapada entre los sistemas de amenaza y de incentivos, lo cual puede conducir a menudo hacia sentimientos de fracaso, de autocritica y de vergüenza. El otro pilar, es el desarrollo de una mente compasiva. Todos los cambios necesarios para el bienestar psicológico se consiguen al desarrollar una mente compasiva que active regularmente el sistema de confortamiento y desactive el sistema de amenaza, contrarrestando los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas que emergen cuando estamos deprimidos, enfadados o ansiosos (Gilbert, 2010; 2014).

En la psicosis, las experiencias como voces, creencias de amenaza y otros fenómenos asociados, se pueden entender desde la CFTp como productos normales de un sistema de amenaza sobreestimulado y emparejado con insuficientes recursos para regular o tranquilizar tal sistema de respuesta (Heriot-Maitland y Russell, 2019). La CFTp sugiere que la regulación de la amenaza a través de la estimulación de tranquilidad y afiliación es un foco terapéutico prometedor para el tratamiento de la psicosis. Actualmente existen diversos formatos de CFT para el tratamiento de la psicosis. Unos van dirigidos a sus síntomas como el programa de tratamiento para relacionarse con las voces (Heriot-Maitland & Russel, 2019), otros van dirigidos a la recuperación de la psicosis (Laitwaite et al, 2009; Braehler, Haper & Gilbert, 2013; Martins et al, 2018) y otros a jóvenes en riesgo de desarrollarla (Hickey et al, 2019).

Uno de los protocolos referentes en CFTp es el desarrollado por Braehler, Harper & Gilbert (2013) para la asistencia grupal a la psicosis en entornos comunitarios y cuyo eje es el desarrollo de una relación compasiva con las amenazas experimentadas en la psicosis. Basándose en este protocolo se desarrolla el programa de intervención COMPASS (*Compassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective disorder*) (ver Tabla 9) como una terapia grupal que utiliza la compasión y el mindfulness para la recuperación de la psicosis (Martins et al, 2020) y que proporciona el primer manual específico de terapia centrada en la compasión par la psicosis.

La evidencia empírica disponible aún es escasa en esta incipiente aplicación de la CFT en personas con psicosis. Hasta ahora ha probado su eficacia en la reducción de la angustia y la severidad de las alucinaciones auditivas en personas con diagnóstico del espectro esquizofrénico (Dudley, Eames, Mulligan & Fisher, 2018; Heriot-Maitland, Vidal, Ball & Irons, 2014); en la reducción de pensamientos paranoides y de su angustia asociada en personas con síntomas subclínicos de psicosis (Lincoln, Hohenhauss & Hartmann, 2013); en la reducción de depresión, psicopatología general y aumento de autoestima (Laiwate et al, 2009); en la recuperación de la psicosis, consiguiendo reducir las dificultades de la sintomatología positiva, negativa y funcionamiento social (Martins et al, 2018). Los datos más sólidos provienen del estudio realizado por Braehler et al, (2013) que realizan la primera prueba prospectiva aleatorizada de evaluación de la CFTp con 40 personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia (Veintidós recibieron 16 sesiones de CFT más tratamiento habitual y 18 solo tratamiento habitual en entornos ambulatorios). El grupo que recibió CFTp mostró una mejoría clínica más significativa y un aumento en compasión, una baja tasa de abandono (18%), una alta aceptabilidad y una menor exacerbación durante el seguimiento. El aumento observado en la compasión correlacionaba significativamente con reducciones en depresión, creencias negativas sobre la psicosis y miedo a la recaída. Aunque aún no es una intervención recogida en las guías clínicas, posiblemente debido a la recencia y escasez de sus estudios y/o a formar parte con frecuencia de intervenciones integradas con ACTp y mindfulness estamos seguros que lo será en breve. Las cualidades flexibles y transdiagnósticas de esta terapia, su pro-

TABLA 9
EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMPASS PARA LA PSICOSIS
(MARTINS ET AL, 2020)

Fases de la terapia	Sesiones de grupo
Fase 1 El grupo como base segura y direcciones para la recuperación	1. Introducción. Constitución del grupo como una base segura 2. Psicoeducación; Constitución del grupo como una base segura 3. El sistema de defensa-amenaza y la importancia del entrenamiento de la mente compasiva 4. Direcciones para la recuperación
Fase 2 Compasión y entrenamiento de la mente compasiva	5. Que es y que no es la compasión 6. Lo que dificulta (miedos a la compasión) y lo que facilita la compasión 7. Flujos de la compasión: Loving Kindness 8. Apreciar: emociones positivas 9. La autocompasión 10. Lugar seguro y practicar la autocompasión día a día
Fase 3 Recuperación y mirar hacia el futuro	11. Revisar la recuperación: el papel de la compasión y de la autocompasión 12. Sesión final: Planear el futuro compasivamente 13. Sesión de seguimiento

bada viabilidad, seguridad y aceptación, junto a sus crecientes evidencias de efectividad en su aplicación a la psicosis en entornos clínicos, la convierten en una notable candidata a la utilización en los distintos dispositivos de las redes de salud mental (Heriot-Maitland et al, 2014)

7.3. Intervenciones basadas en el mindfulness para la psicosis

El mindfulness es una forma de meditación que se caracteriza por aprender a utilizar la atención de una manera particular: con intención, en el momento presente y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994). Su práctica enseña a los participantes a adoptar una nueva perspectiva sobre, o a relacionarse con, sus propias experiencias internas. Esta perspectiva incluye el descentramiento o defusión; aceptar o permitir; curiosidad amigable, amabilidad y compasión; y comprender que los pensamientos y los sentimientos no son los hechos y no controlan ni definen a la persona. En las terapias contextuales, se enfatiza como una de sus características definitorias que todas ellas se centran en el mindfulness con la finalidad de conseguir una mayor apertura psicológica a los pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos no deseados; mejorar la conciencia del momento presente, la activación potenciada hacia fines valiosos y cambios deseados (Szabo, Long, Villatte & Hayes, 2015).

La práctica del mindfulness se ha introducido en el tratamiento de la psicosis (MBIp) por una combinación de diversos motivos: (1) ofrece un medio para aliviar el malestar y los trastornos asociados a las voces y a la paranoia sin necesidad de discutir y cuestionar el contenido y las creencias; (2) reduce directamente la tendencia a tener bloqueada la atención sobre aquellos estímulos que son difíciles o personalmente significativos; y (3) desarrolla actitudes de mayor aceptación de sus experiencias y una mayor capacidad desengancharse de ellas (Chadwick, 2014). De este modo, aprendiendo a responder atentamente, se puede dejar de ser dominado por miedos envolventes, voces, recuerdos, y desesperanza, y empezar a implicarse más efectivamente sus vidas.

Las sensaciones psicóticas desagradables generan respuestas de malestar psicológico por la ausencia de una clara conciencia de lo que se está viviendo, por permanecer perdido en la evitación de las experiencias, por los juicios negativos sobre la sensación, el yo, o sobre ambos, y por intensificar la rumia/confrontación. Una respuesta consciente supone una conciencia clara y la aceptación de las sensaciones psicóticas como experiencias transitorias que son básicamente un “no yo”, no definen al yo, y tampoco son necesariamente reflexiones precisas de la realidad. El mindfulness les ofrece una manera alternativa de responder a estas experiencias: aceptándolas con conciencia y sin juzgarlas en cada ocasión, permitiendo a los síntomas psicóticos entrar y salir de la conciencia sin que la persona se quede atrapado en la lucha contra ellos. (Chadwick, Newman & Abba, 2005).

Para la utilización del mindfulness en la psicosis se necesitan una serie de adaptaciones en el procedimiento habitual (Chadwick, 2006; 2014). Estos cambios suponen realizar exposiciones breves (en torno a 10 minutos); empezar a practicarlo solo después de una fuerte relación terapéutica; evitar los silencios prolongados durante la meditación, sondear regularmente el estado de conciencia; y utilizar audios para la práctica entre sesiones.

Uno de estos programas relevantes para usar en psicosis es la terapia basada en mindfulness para la recuperación de un primer episodio psicótico (tabla 10). Consiste en 8 sesiones de una hora de duración a lo largo de un mes, donde

se enseña mindfulness a través de un rango de ejercicios prácticos de meditación (Van der Valk et al, 2013). Las sesiones se desarrollan de acuerdo con los tres estadios necesarios para practicar el mindfulness: (1) tomar conciencia de las sensaciones; (2) tomar conciencia de las reacciones automáticas a las experiencias sensoriales; y (3) aprender a dejar pasar esas reacciones automáticas. A los participantes se les proporciona un CD con las meditaciones guiadas y se les invitaba a continuar practicando en su casa.

En un reciente meta-análisis con 18 estudios de personas con trastornos del espectro esquizofrénico, se comprobó que estas intervenciones consiguen: a) un tamaño de efecto de moderado a

TABLA 10
VISIÓN GENERAL DE LAS SESIONES DE LA MINDFULNESS-BASED THERAPY PARA LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS (VAN DER VALK ET AL., 2013)

Esquema de las sesiones	Temporalización y actividades en las sesiones
1. Duración de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hora
2. Duración de la meditación formal	<ul style="list-style-type: none"> • 3-12 minutos
3. Temas cognitivos discutidos	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos • “Tengo que” • Mente y amabilidad • Juzgar • Saltar a las conclusiones • Aceptación • Límites personales • Paciencia • Dejar ir
4. (obstáculos para el mindfulness)	

grande sobre la sintomatología general y la hospitalización al final de la terapia y en el seguimiento; b) pequeños efectos significativos sobre los síntomas negativos; c) pequeños a moderados efectos sobre la depresión, el funcionamiento social y el mindfulness; y d) moderados a grandes efectos sobre la aceptación. No se encontraron efectos significativos sobre los síntomas positivos, la ansiedad y la calidad de vida (Jansen et al, 2020). Estos resultados coinciden con un meta-análisis anterior que demostraba que las intervenciones de grupo basadas en mindfulness mostraban un efecto mayor que las de aceptación y compromiso sobre los síntomas de la psicosis (Louise et al, 2018). Por su parte Perlini et al. (2020) confirman los efectos del mindfulness en las fases iniciales de la psicosis al observar un descenso en la severidad de la sintomatología general y de los síntomas positivos, además de una mejoría en la capacidad de observar emociones y en actuar de manera consciente, en la autorregulación emocional y en la auto-comprensión y la aceptación. Además, Las intervenciones basadas en mindfulness consiguen unos altos índices de permanencia en el tratamiento, una alta satisfacción entre los pacientes y ha evidenciado su viabilidad, tolerabilidad, utilidad y coste-efectividad como intervención integrada con otras terapias y dentro de los servicios habituales de atención a la psicosis (Perlini, 2020). Actualmente son unas de las intervenciones que más se están expandiendo en los distintos dispositivos asistenciales y que más evidencia acumulativa están generando (Jacobsen et al, 2020; Mac-Dougall et al, 2019). Las guías clínicas, sin embargo, no dan aún suficiente solvencia a estas intervenciones. Solo, la *Division of Clinical Psychology* (The British Psychological Society) sin detallar su nivel de evidencia, la incluye entre las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la psicosis (Cooke, 2014).

7.4. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora

La terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora (*Person-Based Cognitive Therapy for distressing psychosis*, PBCT), supone la evolución de la terapia cognitivo-conductual de la psicosis, desde una perspectiva más centrada en la reducción sintomática a través de la “disputa” de contenidos cognitivos, a otra más centrada en la persona como contexto, dentro del cual integrar y aceptar las experiencias de la psicosis y recuperar el sentido del yo (Chadwick, 2006). La PBCT converge con la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el objetivo de cambiar la relación con las experiencias estresantes mediante la aceptación y el mindfulness, en vez de luchar contra los síntomas.

La PBCT se organiza sobre un contexto terapéutico basado en la colaboración y la aceptación incondicional y sobre la integración de cuatro dimensiones básicas de trabajo con la persona con psicosis: (1) El significado sintomático que incluye las experiencias psicóticas: delirios, voces y síntomas primarios (2) La relación con la experiencia interna desde una perspectiva de conciencia plena y descentrada, que enseña a los sujetos a responder con atención y conciencia a las distintas modalidades de sensaciones psicóticas desagradables, a la vez que a prescindir de reacciones perturbadoras ante las mismas; (3) El trabajo con esquemas que pretende reducir el malestar asociado a los esquemas negativos sobre el yo y sobre los demás, y desarrollar esquemas positivos; y (4) El trabajo con el yo simbólico desde una óptica de comprensión metacognitiva global sobre su naturaleza compleja, contradictoria y cambiante. Estos cuatro elementos se combinan dinámicamente.

La conciencia plena es central en esta terapia, y se entiende como la integración de los procesos de conciencia y comprensión. Al aplicarla se pretende reducir el malestar al modificar la relación habitual con la experiencia y al generar introspecciones metacognitivas liberadoras en relación con las sensaciones psicóticas, el yo y los orígenes del malestar y el bienestar. Por su parte, en la dimensión del yo simbólico, el yo se concibe y trata como proceso, con los esquemas asociados al mismo y con la auto-aceptación como objetivo central. El desarrollo de esquemas positivos es fundamental para recomponer el carácter dinámico del yo. La auto-aceptación supone aceptar las sensaciones psicóticas sin enfrentarse a ellas ni definirse a sí mismos en términos de esas experiencias. La Tabla 11 recoge la visión general de la terapia.

La aplicación experimental de la PBCT se ha concentrado en sus efectos sobre las voces y se ha llevado a cabo habitualmente en formato grupal (Strauss y Hayward, 2013). Sus resultados mostraron una reducción en el malestar y en la convicción de las creencias delirantes relacionadas con las voces, y una confianza mayor en sus habilidades para vivir con ellas, con la aplicación del entrenamiento en conciencia plena de la PBCT (Newman, Harper & Taylor, 2009); Obtuvieron una significativa mejoría en términos de bienestar, perturbación, dependencia y control sobre las voces perturbadoras (Dannahy, Hayward, Strauss, Turton, Harding & Chadwick (2011). Ha mostrado también ser más efectiva combinada con el tratamiento habitual, que el tratamiento habitual solo, en el malestar relacionado con las voces,

la controlabilidad percibida por las voces y en la recuperación, obteniendo un tamaño de efecto entre grupos pequeño ($d=-0.23$) (Chadwick et al., 2016). No obstante, la cuestión de cómo medir los beneficios de estas terapias permanece abierta, ¿Medimos calidad de vida /bienestar, la reducción de síntomas o ambos?.

Las terapias contextuales están entre las últimas esperanzas terapéuticas psicológicas para la psicosis. A pesar de su estado incipiente y de estar en una fase de viabilidad, seguridad, aceptabilidad y estudios piloto que las alejan aún de los elevados niveles de eficacia demandados por las guías basadas en la evidencia, su influencia es creciente y su desarrollo es progresivo, estando a las puertas de una serie de ensayos controlados de mayor magnitud y potencia que sin duda las consolidaran.

TABLA 11
DESARROLLO DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA PERSONA
PARA LA PSICOSIS PERTURBADORA A TRAVÉS DE SUS FASES
(CHADWICK, 2006)

Fases de la terapia	Intervenciones en cada fase
1. Construcción inicial de la relación.	Establecer enganche y relación Aceptación radical
2. Evaluación y conceptualización del caso	Realizar la formulación de caso, el diseño de objetivos, las estrategias de intervención y la secuencia de la terapia
3. Mindfulness. Cambiando la relación con las experiencias psicóticas.	Aprender a vivir con las experiencias psicóticas Sesiones cortas de meditación (3 minutos) Sesiones posteriores de 10 minutos con chequeo regular por el terapeuta Aprendizaje reflexivo sobre la experiencia y desarrollo de habilidades metacognitivas
4. Tratamiento del significado sintomático	Exploración de la utilidad de la creencia, intervenciones metacognitivas Utilización de amplio repertorio de técnicas de intervención para obtener el cambio
5 y 6. El trabajo con los esquemas y el yo simbólico	Hacer explícito el significado implícito de los esquemas Trabajar con los esquemas negativos sobre el yo y los esquemas positivos sobre el yo Promover un yo simbólico complejo, cambiante y emocionalmente variado

REFERENCIAS

- Almerie, MQ., Okba al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, M., Maayan, N. & Bergman, H. (2015) Social skills programs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6. Wiley.
- American Psychiatric Association (2019). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Washington D.C.: APA.
- Allot, K., Van-der-El, K., Bryece, S., Parrish, E., McGurk, S., Hetrick, S., Bowie, C., Kidd, S., Hamilton, M., Killackey, E. & Velligan, D. (2020). Compensatory interventions for cognitive impairments in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, In press.
- Barrowclough, C. & Lobban, F. (2008). Family intervention. In Mueser, K & Jeste, DV. (Eds.) *Clinical Handbook of schizophrenia* (pp 214-225), New York, The Guilford Press.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004) *Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide*. New York. The Guilford Press.
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., et al. (2018). Intervenciones psicológicas para reducir síntomas positivos en la esquizofrenia: análisis sistemático y metaanálisis en red. *World Psychiatry*, 17, 316-329.
- Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G. & Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1, 23-33
- Birchwood, M., Dunn, G., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Michail, M. & Peters, E. (2018).

- The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations: predictors of outcome and mediators of change. *Psychological Medicine*, 48, 1996- 1974.
- Bowie, CR., Bell, MD., Fiszdon, JM., Johannesen, JK., Lindenmayer, JP., McGurk, SR., Medalia, AR., Penadés, R., Saperstein, AM., Twamley, EW., Ueland, T. & Wykes, T. (2020). Cognitive remediation for schizophrenia: An expert working group White paper on core techniques. *Schizophrenia Research*, 215, 4953.
- Brabban, A., Byrne, R., Longden, E. & Morrison, A. (2017). The importance of human relationships, ethics and recovery orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis*, 9, 2, 157-166.
- Braehler, C., Harper, J. & Gilbert, P. (2013). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In Steel, C. (Edit.). *CBT for schizophrenia. Evidence-based interventions and future directions*. pp.235-266. Wiley-Blackwell.
- Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P. & Meaden, A. (2006). *A casebook of cognitive behaviour therapy for command hallucinations. A social rank theory approach*. London, Routledge.
- 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.
- Cella, M., Reeder, C. & Wykes, T. (2015). Cognitive remediation in schizophrenia-now it is really getting personal. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 4,147-151.
- Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Down, T. & Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 43-51.
- 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. *Psychological Medicine*, 50,1062-1076.
- Cognitive Remediation Expert Working Group. (2012, April 15). Minutes from the CREW meeting. Paper presented at the Schizophrenia International Research Society, Florence, Italy.
- Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E. & Chadwick, P. (2011). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: pilot data from nine groups. *Journal of Behavior Therapy an Experimental Psychiatry*, 42, 111-116
- Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 333-334.
- Cuppit, C. & Cooke, A. (2019). Where next for CBT and psychosis?. In Cuppit, C (Edt.) *CBT for psychosis: Process-orientated therapies and the third-wave*. (pp 150-168) New York, Routledge.
- Drake, R., Day, C.J., Picucci, R., Warburton, J., Larkin, W., Husain, N., et al. (2014). A naturalistic, randomized, controlled trial combining cognitive remediation with cognitive-behavioural therapy after first-episode non-affective psychosis. *Psychological Medicine*, 44, 1889–1899.
- Ellett, L. & Kingston, J. (2020) Third Wave CBT interventions for psychosis. Badcok, JC. & Paulik, G. (Edit). *A Clinical Introduction to psychosis. Foundations for clinical Psychologist and Neuropsychologist*. London (379-393). Elsevier Academic Press.
- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Friedman-Yakoobian, M., Mueser, K., Giuliano, A., Goff, D. C., & Seidman, L. J. (2009). A newfamily-directed cognitive adaptation program for individuals with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 854–867.
- Friedman-Yakoobian, M., Mueser, K., Giuliano, A., Goff, D. C., & Seidman, L. J. (2016). Family-directed cognitive adaptation pilot: Teaching cognitive adaptation to families of individuals with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19, 62-74.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 1–117.
- Gamble, C. (2004). Family intervention. *Psychiatry*, 3, 10, 49-53.
- García-Montes, J.M. & Pérez, M. (2016). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y modificación de conducta*, 42, 165-166, 99-119.
- Gil, D., Diego, M., Bengoechea, R., Arrieta, M., Lastra, I., Sanchez, R. & Alvarez, A. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: A pilot study. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 184-191.

- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. Distinctive features. New York. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Granholm, E.L., McQuaid, J.R. & Holden, J.L. (2016). *Cognitive-behavioral skills training for schizophrenia. A practical treatment guide*. New York. The Guilford Press.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M. & Heinsen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1211-1220.
- Green, M.F., Horan, W.P. & Lee, J. (2019). Cognición no social y social en esquizofrenia: evidencia actual y orientaciones futuras. *World Psychiatry (ed.esp.)*, 17, 2, 146-161.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Heriot-Maitland, C. & Russell, G. (2019). Compassion-focused therapy for relating to voices. In Cuppitt, C. (Edit.). *CBT for psychosis. Process-oriented therapies and third wave*. pp 98- 114. Routledge. New York.
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J.B., Ball, S. & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 78-94.
- Hickey, T., Name, E., Nelson, B. & Meadows, G. (2019). Mindfulness and compassion for youth with psychotic symptoms: A description of a group program and consumer's experience. *Psychosis*. 11, 4, 342-349.
- Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- Honary, M., Fisher, N.R., McNaney, R. & Lobban F. (2018). A web-based intervention for relatives of people experiencing psychosis or bipolar disorder: Design study. using a user-centered approach. *JMIR mental health*, 5, 4, e11473.
- Jansen, J.E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S. & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance-and mindfulness based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 215, 25-37.
- Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C.B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C. y Chen, J. (2018). Cognitive behavioral therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, CD008712.
- Kambeitz-Illankovic, L., Betz, L.T., Dominke, C., Hass, S.S., Subramaniam, K., Fisher, M., Vinogradov, S., Koutsoueris, 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. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 828-845.
- Keshavan, M.S. & Eack, S.M. (2019). *Cognitive enhancement in schizophrenia and related disorders*. UK. Cambridge University Press.
- Kurt, M. (2016). Cognitive and social cognitive interventions for schizophrenia. In Nathan, P.E & Gorman, J.M. (Eds.), *A guide to treatments that Work. Fourth Edition*. (pp 217-236). New York. Oxford University Press.
- Laitwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L. & Porter, S. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in High Security Settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526.
- Liberman, R.P. (2008) *Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington. American Psychiatric Publishing.
- Lobban, F., Robinson, H., Appelbe, D., Barraclough, J., Bedson, E., Collinge, L et al. (2017). Protocol for an online randomized controlled trial to evaluate the clinical and cost-effectiveness of a peer-supported self-management intervention for relatives of people with psychosis or bipolar disorder: Relatives Education And Coping Toolkit (REACT). *BMJ Open*, jul 18, 7,7, e016965
- Lobban, F., Akers, N., Appelbe, D., Chapman, L., Collinge, L., Dodd, S., Flowers, S., Hollingsworth, B., Johnson, S., Jones, S.H., Mateus, C., Mezes, B., Murray, E., Panagaki, K., Rainford, N., Robinson, H., Rosala-Hallas, A., Sellwood, W., Walker, A. & Williamson, P. (2020). Clinical effectiveness of a web-based peer-supported self-management

- intervention for relatives of people with psychosis or bipolar (REACT): online, observer-blind, randomized controlled superiority trial. *BMC Psychiatry*, 20, 160.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell & Thomas, N. (2018) Mindfulness- and acceptance based intervention current understanding and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63.
- McDonagh MS, Dana T, Selph S, et al. (2017) Treatments for schizophrenia in adults: a systematic review. comparative effectiveness review No. 198. AHRQ Publication, 17(18). Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality.
- MacDougall, A., Price, E., Vandermeer, M., Lloyd, C., Bird, R., Sethi, R., Shanmugalingam, A., Carr, J., Anderson, K. & Norman, R. (2019). Youth- focused group mindfulness-based intervention in individuals with early psychosis: A randomized pilot feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 13,4, 993-998.
- Martins, MJ., Barreto, C., Macedo, A., Pereira, AT., Braehler, C., Gumley, A. & Castillo, P. (2018). Recovery through affiliation: A compassionate approach to schizophrenia and schizoaffective disorder (COMPASS). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 97-102.
- Martins, MJ., Castilho, P., Barreto, C., Telma, A., Braehler, C. & Ferreira, A. (2020) Mindfulness e compaixao na recuperacao da psicose. Programa de intervencao COMPASS. Lisboa. Pacto
- McGurk, SR., Mueser, KT., Covell, NH., Cicerone, KD., Drake, RE., Silverstein, SM., Medalia, A., Myers, R., Bellack, AS., Bell, MD. & Essock SM. (2013). Mental health system funding of cognitive enhancement interventions for schizophrenia: Summary and update of the New York Office of mental health expert panel and stakeholder meeting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 3, 133-145
- Meaden., A, Keen., N, Aston., R, Barton K. & Bucci S. (2013) *Cognitive therapy for command hallucinations: an advanced practical companion*. Hove: Routledge.
- Medalia, A., Herlands, T., Saperstein.,A. & Revheim, N. (2018) Cognitive remediation for psychological disorders. Therapist Guide. New York. Oxford University Press.
- Medalia, A. & Saperstein, A. (2020) Cognitive remediation to improve functional outcome. In Badcock, JC: & Paulik, G. (Eds.) *A Clinical introduction to psychosis. Foundations for clinical psychologists and neuropsychologists*. (pp 395-418). London, Elsevier Academic Press
- Morris, E. & Oliver, J. (2009). ACT early: Acceptance and commitment therapy early intervention in psychosis. *Clinical Psychology Forum*, 196, April, 28-3.
- Morris, EM. (2019). Acceptance and commitment therapy. In Cuppit, C. (Edit.). CBT for psychosis. Process-oriented therapies and third wave. (pp.79-97). New York. Routledge.
- Morrison, A.P. (2017). A manualized treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials. *Psychosis*, 9, 3, 271-281.
- Morrison, A.P. & Murphy, E.K. (2018). Cognitive therapy for psychosis. In Leahy, R.L. (Ed.) *Science and practice in cognitive therapy. Formulations, mechanisms, and applications* (pp 276-297). New York, The Guilford Press.
- Mueller, D., Schmidt, S. & Roder, V. (2015). One´year randomized controlled trial and follow-up on integrated neuro-cognitive therapy for schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 41,3, 604-616.
- Newman, K., Harper, S. & Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two cases studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397-402.
- Nijman, S.A., Veling, W., Van der Stouwe, ECD., & Pijnenborg, GHM. (2020). Social cognition training for people with a psychotic disorder: A network meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. National clinical guideline number 178*. London: National Collaborating Centre for Mental Health/National Institute for Health and Care Excellence.
- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D. & Anderson, E. (2017) Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 9, 617- 623
- O'Donoghue, E.K., Morris, E.M. Oliver, J.E. & Johns, L.C. (2018) ACT for psychosis recovery. *A practical manual for group-based interventions using acceptance & commitment therapy*. Oakland. Context Press.
- Ortuño, J., Díez, A. & González, D. (2019). Habilidades sociales: nuevas perspectivas y propuestas de intervención en psicosis. En Fonseca, E. (Edit) *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp 285-320). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez, M. & Eguiluz, J. (2012). REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Rev Neurol*, 54, 6,

337-342.

- Perlini, C., Bellani, M., Rossetti, M., Rossin, G., Zovetti, N., Rossi, A., Bressi, C., Piccolo, L. & Brambilla, P. (2020) Mindfulness-based interventions in the early phase of affective and non affective psychoses. *Journal of Affective Disorders*, 263, 747-753.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York, Cassell.
- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Green, M.F., Buck, B., Healey, K. & Harvey, P.D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 4, 813-823.
- Prikken, M., Konings, M.J., Lei, W.U., Begemann, M. & Sommer, I.E.C. (2019). The efficacy of computerized cognitive drill and practice training for patients with a schizophrenia-spectrum disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 204, 368-374.
- Reeder, C., Pile, V., Crawford, P., Cella, M., Rose, D., Wikes, T., Watson, A., Huddy, V. & Callard, F. (2016). The feasibility and acceptability to service users of CIRCuITS, a computerized cognitive remediation therapy programme for schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 288- 305.
- Reeder, C. Huddy, V., Cella, M., Taylor, R., Greenwood, K., Landay, S. & Wykes, T. (2017). A new generation computerized metacognitive cognitive remediation programme for schizophrenia (CIRCuITS): a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47, 2720-2730.
- Roberts, D.L., Penn, D.L. & Combs, D.R. (2016) *Social cognition and interaction training (SCIT). Group psychotherapy for schizophrenia and other psychotic disorders. Clinician Guide*. Oxford University Press. New York.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*. Granada: Alborán Editores.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 81-93.
- Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl. 2), S71-S79.
- Roder V, Mueller DR. (2015) Integrated neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Berlin, Springer International.
- Sanchez, P., Peña, J., Bengoetxea, E., Ojeda, N., Elizagárate, E., Ezcurra, J. & Gutierrez, M. (2014). Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 3, 707-715
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family caregivers of people with psychosis: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychological Review*, 56, 13-24.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2013). *Management of Schizophrenia (SIGN 131)*. SIGN, 2013.
- Strauss, C. & Hayward, M. (2013) Group person-based cognitive therapy for distressing Psychosis. In Morris, Johns y Oliver (Edit.) *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*, pp 240-255. Wiley-Blackwell.
- Szabo, T.G., Long, D.M., Villatte, M. y Hayes, S.C. (2015). Mindfulness in contextual cognitive-behavioral models. In Brown, Creswell y Ryan (Edit.) *Handbook of mindfulness. Theory, research and practice*. pp. 130-147. New York. The Guilford Press.
- Tan, B.L., Lee, S.A. & Lee, J. (2018). Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 115-131.
- Turkington, D., Gega, L., Leber, L., Douglas-Bailey, M., Ruston, N., Alberti, M., Deighton, S. & Naeem, F. (2018). A training for relatives and friends in cognitive behavior therapy (CBT) informed care for psychosis. *Cogent Psychology*, 5, 1.
- Turner, D.T., McGlanaghy, E., Cuijpers, E., Van der Gaag, M., Karyotaki, E. & MacBeth, A. (2018) A meta-Analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 3, 475-491.
- Turner, D.T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L.R. & Van der Gaag, M. (2020). What constitutes evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia Bulletin*, In press.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 4, 671-681.

- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. In M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & Amigo Vázquez, I. (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 35-79). Madrid: Pirámide.
- Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., Fernández-Iglesias, P. & García-Montes, J.M. (2019) Las terapias contextuales para la psicosis. En Fonseca, E. (Edit) *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp 453-507). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Van der Valk, R., van de Waerdt, S., Meijer, C. J., van den Hout, I., & de Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy inpatients recovery from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 64–70
- Weiden, P.J. (2016). Beyond psychopharmacology: Emerging psychosocial interventions for core symptoms of schizophrenia. *Focus*, 14, 315-327.
- 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.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. London: Routledge.
- Zanelli, JZ., Mollon, JM., Sandin, S., Morgan, C., Dazzan, P., Pilecka, I., Reis, T., David, AD., Morgan, K., Fearon, P., Doody, GA., Jones, PB, Murray, RM. & Reichenberg, A. (2019). Cognitive Change in schizophrenia and other psychoses in the decade following the first episode. *Am J Psychiatry*, 1, 176, 811-819.

Ficha 1.

Incorporación de las nuevas tecnologías a la terapia de la esquizofrenia

La incorporación de las nuevas tecnologías al tratamiento de la esquizofrenia avanza imparable y con prometedores resultados, convirtiéndose en el nuevo dorado de la psicología. En este apartado seleccionamos tres terapias que están entre las más consolidadas en estos momentos y que ilustran tres de las principales áreas de desarrollo en este nuevo tipo de intervenciones: la realidad virtual, las terapias con avatares y las intervenciones online.

1. REALIDAD VIRTUAL

La realidad virtual (RV) está siendo uno de los últimos desarrollos tecnológicos en incorporarse al estudio y tratamiento de la esquizofrenia. Su característica definitoria es la sensación de presencia en un mundo tridimensional interactivo. Se trata de un procedimiento que presenta importantes ventajas al permitir un control absoluto sobre los ambientes. Al poder entrar repetidamente en las mismas situaciones graduando su dificultad, se pueden insertar estímulos específicos o escenarios con valor terapéutico y se pueden diseñar las tareas para que aumenten la gratificación y el sentimiento de logro (Lambe et al, 2020). Esta facilidad para generar, desde el ordenador, ambientes sociales interactivos que desencadenan respuestas análogas a las que se dan en el mundo real de las personas con esquizofrenia, hace que se muestre como una utilísima herramienta para aumentar nuestra comprensión de la psicosis y mejorar nuestras técnicas terapéuticas. Freeman (2008) propone siete posibles aplicaciones en este desarrollo de ambientes sociales virtuales, aplicables a la esquizofrenia: evaluar sintomatología, establecer correlatos sintomáticos, identificar variables predictivas, establecer posibles factores causales, investigar la predicción diferencial de los síntomas, determinar los elementos ambientales tóxicos y desarrollar tratamientos.

Freeman et al. (2019) han diseñado una terapia psicológica automatizada utilizando realidad virtual para el tratamiento de delirios persecutorios (gameChange). Ante la dificultad que supone exponer a los pacientes con delirios crónicos a las situaciones reales temidas, debido a la elevada ansiedad que generan, para poder comprobar que no corren ningún peligro y debilitar su creencia, se ofrece la realidad virtual como una solución que permite graduar la dificultad en la exposición y facilita la entrada en esos escenarios temidos. La intervención está diseñada para que sea administrada en seis sesiones de 30 minutos cada una, sin embargo, los participantes lo pueden aplicar a su propio ritmo, lo que significa que se permite número de sesiones variable. El objetivo del tratamiento cognitivo virtual es aumentar la confianza de la persona en aquellas situaciones cotidianas en las que está rodeado de gente.

El tratamiento de realidad virtual se describe como un tratamiento para fomentar la confianza con realidad virtual en las situaciones cotidianas. El entrenamiento se sitúa en una serie de escenarios virtuales y un entrenador virtual guía a la persona a través del tratamiento utilizando técnicas cognitivas y animando al paciente a abandonar sus conductas de seguridad, y generando feedback para adaptar la progresión del tratamiento. Al inicio de la primera sesión, el entrenador virtual, en una oficina virtual en el centro comercial, explica la lógica que está detrás del tratamiento, y el participante selecciona en cuál de las seis situaciones de realidad virtual disponibles le gustaría comenzar. Los seis escenarios de realidad virtual establecidos en el centro comercial son: una cafetería, un ascensor, una sala de espera de un médico, un pub, un autobús, una calle y una tienda (ver figura 4). Cada escenario tiene cinco niveles de dificultad (por ejemplo, el número y la proximidad de personas en la situación social aumenta) y los participantes van avanzando a través de cada nivel de dificultad. El participante normalmente se para y puede dar unos pasos en los distintos escenarios. Además, puede elegir un escenario diferente en cada sesión o repetir una situación anterior. A lo largo de las sesiones, los participantes van respondiendo a las preguntas del entrenador. Las calificaciones de la convicción sobre las creencias se repiten dentro de la realidad virtual al final de cada sesión de tratamiento. Se puede ver

un video del tratamiento en el siguiente enlace <https://www.youtube.com/watch?v=D31wodNAMZA>. El tratamiento está siendo estudiado en el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido en un ensayo multicéntrico controlado. (Freeman et al, 2019; Lambe et al, 2020).

Algunos estudios piloto de tratamientos con realidad virtual apuntaban en la dirección de mejorías en los delirios paranoides y en las alucinaciones auditivas, en las habilidades laborales, sociales y de comunicación (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado & Ribas-Sabaté, 2014). Ahora, en el primer ensayo controlado realizado hasta estos momentos, que aplica un formato de terapia cognitiva con RV a pacientes con psicosis que presentan ideación paranoide y evitación social, los resultados han mostrado una reducción grande de la paranoia y ansiedad durante las interacciones sociales que se mantiene durante 6 meses tras finalizar el tratamiento (Pot-Kolder et al, 2018). Así mismo, se observaron mejorías en las ideas de referencia social, y en el uso de conductas de seguridad. El efecto terapéutico de la intervención sobre la ideación paranoide estuvo mediado por las mejorías en las conductas de seguridad y en la cognición social. Pero la utilidad de la RV en la esquizofrenia está aportando muchas más posibilidades mostrándose como un método valido para evaluar la presencia de síntomas en ambientes ecológicamente validos; para evaluar los déficits neurocognitivos y los síntomas clínicamente relevantes para los estudios; y sus resultados preliminares sugieren que se puede aplicar para administrar rehabilitación cognitiva, para el entrenamiento en habilidades sociales y para las terapias asistidas por realidad virtual (Rus-Calafell et al, 2018).

2. LA TERAPIA AVATAR PARA LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

La terapia avatar para las alucinaciones auditivas (Leff, Williams, Huckvale, Arbutnot & Leff, 2013) es el ejemplo actual más representativo de estas nuevas modalidades terapéuticas. Esta terapia breve es una aproximación relacional que se centra en las relaciones interpersonales entre la voz y quien la escucha. Parte del supuesto, extraído de la investigación, de que el desarrollo de alucinaciones auditivas persecutorias puede ser formulado como una exteriorización de un componente críticamente severo de la psique que no puede ser tolerado y, a la vez, sostiene que aquellos pacientes que pueden iniciar un diálogo con sus voces tienen una mayor sensación de control sobre ellas. Surge para facilitar una aproximación alternativa que favorezca un diálogo entre el paciente y su perseguidor, donde el paciente vaya retomando el control de la situación y su objetivo es conseguir que la persona reconstruya un sentido de control, de poder y de auto-respeto, activando nuevos modos de relación social que pueda trasladar a su vida. Para ello, se basa en una tecnología informática que permite a cada paciente crear un avatar de la entidad que cree que le está hablando. El desarrollo de la terapia se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

- a) El paciente construye un avatar del ente que cree que le persigue (ver figura) y se implica en un diálogo con él, animándole a resistirse.
- b) El terapeuta controla el avatar e interviene en su propia voz o a través del avatar desde una sala adjunta.



- c) El tono abusivo inicial del avatar al paciente se va transformando, gradualmente, en otro posterior amigable y de apoyo.
- d) Los comentarios de las voces se vinculan con la autoestima y las vivencias traumáticas del paciente.
- e) Se trabaja la reatribución de la procedencia del perseguidor.
- f) Se entrenan distintas estrategias de afrontamiento.
- g) Se gravan las sesiones y se entregan al paciente para potenciar el efecto “terapeuta de bolsillo”.

FIGURA 5
MODELO DE AVATAR (LEFF ET AL, 2013)



La terapia se estructura en dos fases amplias (Ward et al, 2020) Estas fases constan de 6-8 sesiones de 45 minutos de los que 15 se invierten en el dialogo con el avatar y el resto analizando las experiencias de la semana previa, planeando la sesión y revisando la experiencia después que concluye el dialogo:

Fase 1. *Exposición y asertividad*. Sesiones 1-2, se enfocan en escuchar la voz del avatar y responderle asertivamente, rechazando sus arremetidas (comentarios críticos, hostiles y abusivos), supone abandonar las conductas de seguridad que sostienen las respuestas condicionadas de miedo. Al final de esta fase el avatar adopta un tono conciliador y aumenta la sensación del poder en el paciente.

Fase 2. *Procesos relacionales, evolutivos y emocionales*. El contenido de la segunda fase (sesiones 3-6) es más variable y se basa en una formulación de lo que necesita cambiar la relación y que podría persuadir al avatar para adoptar una visión más conciliadora y aceptadora de la persona. Incorpora el contexto autobiográfico del paciente, la búsqueda de significado y las experiencias de trauma e impotencia. En esta fase se abordan los diez objetivos terapéuticos que se pueden abordar en la terapia: Poder y control, Autoestima/autoconcepto, mantenimiento, trabajar hacia la atribución interna, identidad/inclusión social, compasión hacia la voz, desenganche experiencial, trabajar con el duelo, trabajar con el trauma, y focos futuros.

El primer ensayo de esta terapia que la comparó con un grupo control de consejo de apoyo, demostró una reducción rápida y sustancial en la frecuencia, malestar de la voz y omnipotencia asociada con un tamaño de efecto post-terapia de 0.8, confirmando los resultados obtenidos en un primer estudio piloto que también había observado resultados similares (Leff et al, 2013) y mostrándola como una terapia más efectiva para las voces que el resto de las alternativas actuales (Craig et al, 2018). No obstante las alucinaciones auditivas persistentes son de las alteraciones más difíciles de tratar en la esquizofrenia y es difícil que se pueden resolver con una intervención breve de 6 sesiones, por este motivo, Craig (2019) sostiene que en la práctica clínica, podría ser más apropiado considerar esta terapia como un componente de una intervención psicológica más amplia, y sugiere que se proporcione junto con otras estrategias de intensificación digital para la paranoia y la alteración cognitiva.

3. TERAPIA SOCIAL ONLINE MODERADA

Las nuevas tecnologías móviles, y particularmente Internet, suponen una interesante oportunidad para la mejora de los tratamientos de la psicosis en la medida de que son muy accesibles, facilitan el acceso rápido y ágil a la información, al contacto y a los contenidos terapéuticos, y son utilizados mayoritariamente por la población. En este contexto, surge la *Terapia Social Online Moderada* como una intervención basada en Internet para mantener los beneficios a largo plazo de la recuperación del primer episodio de psicosis, ante las dificultades de mantenimiento de los esfuerzos terapéuticos y las mejoras que estos producen en este momento del trastorno. Esta terapia se desarrolló para fomentar un sentido de comunidad, inclusividad y apoyo mutuo con la esperanza de reducir el auto-estigma, mejorar la autoestima y la autoeficacia y de esta manera combatir los sentimientos de soledad, las escasas relaciones sociales que presentan las personas con psicosis y promover su integración social. Los elementos de este modelo terapéutico se aplican a través de un sistema online denominado HORYZONS (Álvarez et al, 2013). La intervención integra tres componentes esenciales:



- a) *Una red social online entre iguales (“el café”)*, que incluye una web donde los pacientes y moderadores envían comentarios, información, fotografías y videos. Esta web incorpora categorías que organizan los hilos de discusión en temas relevantes (“lo que hay en tu mente”, “fortalezas actuales”, etc.).
- b) *Intervenciones psicosociales adaptadas individualmente* (ver tabla 12). Cada paciente accede a una serie de módulos adaptados personalmente a sus necesidades y dirigidos a los factores de riesgo claves para una recaída de la psicosis y hacia las áreas relevantes en los procesos de recuperación y que incluyen: a) psicoeducación, b) signos tempranos de recaída, c) depresión, d) ansiedad social, y e) manejo de estrés. Hay módulos obligatorios (psicoeducación) y otros, opcionales.
- c) *Moderación online por expertos*. Los objetivos de estos módulos se refuerzan por medio de la discusión con los compañeros en “el café” online, bajo la guía de moderadores expertos. Su papel es proporcionar guía, monitorizar el estado clínico de los participantes y asegurar la seguridad del ambiente de la red social. Esta forma de intervención ha sido evaluada para valorar su viabilidad, aceptación, seguridad y potencial utilidad clínica. Los resultados

indicaron una moderada-amplia mejoría en depresión, y que el 60% de los participantes mejoraba en los contactos sociales y el 55% en la capacidad de recuperación. Por otra parte, se mostró como un procedimiento con elevada aceptación y uso, ya que el 60% usó regularmente el programa, el 95% utilizó la red social y no se detectaron efectos adversos tras su utilización.

TABLA 12
COMPONENTES DE LA TERAPIA SOCIAL ONLINE PARA LA
RECUPERACIÓN HORIZON (ALVAREZ ET AL., 2013)

Módulos	Descripción
Instantánea	Evaluación inicial de <i>insight</i> , estilo de recuperación, ansiedad, depresión, estigma y metas. Generación de instantánea general
Cómo funciona la mente	Información interactiva sobre psicosis y recuperación
Fortalezas	Juego interactivo de clasificación de tarjetas <i>online</i> , para identificar sus fortalezas personales
Signos tempranos de alerta	Juego interactivo de clasificación de tarjetas <i>online</i> , para identificar signos de recaída: tempranos, intermedios y tardíos
La zona de confort	Identificación del actual nivel de actividad
Habilidades de pensamiento ninja	Identificación de modelos de pensamiento inútiles Promover pensamientos centrados en la acción
Hacia el HORIZON	Revisión general de los aspectos claves de los módulos. Estrategias para seguir bien

En su primer estudio piloto (Alvarez-Jimenez et al, 2013), el programa obtuvo una tasa de participación muy elevada, utilizándolo el 70 de los participantes, el 95% utilizó las características de la red y el 60% completó al menos tres módulos de terapia. Los participantes afirmaron sentirse más seguros, emponderados y más conectados socialmente, y además indicaban una reducción de sus síntomas depresivos. Así, en su primera aplicación en USA, se obtienen también datos similares que indican una elevada adherencia al programa, mejorías en sintomatología psicótica y en la experiencia de emociones negativas, depresivas y en la soledad (Ludwig et al, 2020). Un ensayo controlado (Alvarez-Jimenez et al, 2019) está estudiando ahora la efectividad de HORIZONS actualizado con cuatro nuevos modelos de terapias psicológicas (basadas en *mindfulness* y fortalezas) más cuidados habituales en comparación a los cuidados habituales solos, en pacientes pertenecientes a servicios de intervención temprana en psicosis

REFERENCIAS

- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., Larkin, M., Killackey, E. & McGorry, P.D. (2013). On the HORIZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 143, 1, 143-149.
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Koval, P., Rice, S., Cagliarini, D. et al., (2019). HORIZONS trial protocol for a randomized controlled trial of a moderated online social therapy to maintain treatment effects from first episode psychosis services. *BMJ Open*, 9.
- Craig, T.K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., & Garety, P. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5, 1, 31-40.
- Craig, T.K. (2019). Tratamiento con avatares: un nuevo enfoque promisorio para las voces angustiantes persistentes. *World Psychiatry*, 17, 1, 98-99.
- Freeman, D., Yu, LM., Kabir, T., Martin, J., Craven, M., Leal, J., Lambe, S, Brown, S., Morrison, A., Chapman, K., et al. (2019). Automated virtual reality (VR) cognitive therapy for patients with psychosis: study protocol for a single-blind parallel group randomized controlled trial (gameChange). *BMJ Open*, 9: e031606. doi:10.1136/
- Lambe, S., Knight, I., Kabir, T., West, J., Patel, R., Lister, R., Rosebrock, L., Rovira, A., Garnish, B., Freeman, J., Clark,

- D., Waite, F. & Freeman, D. (2020). Developing an automated cognitive treatment for psychosis: gameChange VR therapy. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30,33-40.
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M., Arbuthnot, M. & Leff, A. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of concept study. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 428-433.
- Ludwig, K.A., Browne, J.W., Nagendra, A., Gleeson J.F., D'Álfonso, S., Penn, D.L. & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Horyzons USA: A moderated online social intervention for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. In press.
- Nelson, B., Torregrossa, L., Thompson, A., Thompson, A., Sass, L., Park, S., Hartman, J., McGorry, PD. & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Improving treatments for psychotic disorders: beyond cognitive behavior therapy for psychosis. *Psychosis*, In press.
- Pot-Kolder, R., Geraets, C., Veling, W., Beilen, M., Staring, A., Gijsman, H., Delespaul, P., & 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 randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*,5,3, 217-223.
- Rus-Calafell, M., Gutierrez-Maldonado, J. & Ribas-Sabate, J. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: A pilot study. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 45, 81-89.
- Rus-Calafell, M., Garety, P., Sason, E., Craig, T. & Valmaggia, L. (2018). Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness. *Psychological Medicine*, 48, 362-391.
- Ward, T., Rus-Calafell, M., Ramadhan, Z., Sumellidoy, O., Fornells, M., Garety, P. & Craigh, TK. (2020). AVATAR therapy for distressing voices: A comprehensive account of therapeutic targets. *Schizophrenia Bulletin*, In press.

Ficha 2.

Anexos

TABLA 13 MÓDULOS INFORMATIVOS DEL KIT DE HERRAMIENTAS DE EDUCACIÓN DE FAMILIARES Y AFRONTAMIENTO (REACT). (LOBBAN ET AL, 2017)	
Módulos	Contenidos
1. ¿Qué es la psicosis?	Información sobre psicosis, cómo se siente, posibles causas y conceptos erróneos comunes
2. ¿Qué es el trastorno bipolar?	una descripción general del trastorno bipolar, sus características principales, diferentes presentaciones y cómo se siente
3. Manejo de síntomas positivos	una explicación del término "síntomas positivos", cómo se experimentan, cómo pueden aparecer ante familiares y amigos y cómo se pueden manejar
4. Manejo de los síntomas negativos	Una descripción detallada de los signos que conforman los "síntomas negativos", cómo pueden manifestarse y cómo pueden detectarlos los familiares, cómo pueden hacer sentirse a los familiares y sugerencias para ayudar a la persona que los experimenta
5. Manejar los cambios de humor	Cómo ayudar a las personas a evitar altibajos extremos, a mantener un estado de ánimo estable y apoyar una prevención de recaídas con un plan para mantenerse saludable, con sugerencias para crear un ambiente con bajo estrés de una forma amigable y sin prejuicios
6. Manejo de situaciones difíciles	Describe las situaciones difíciles que los familiares y amigos se encuentran a veces, incluyendo conductas de riesgo, ilegales o embarazosas, y sugiere ideas para manejarlas
7. Manejar el estrés - hacer las cosas de manera diferente	Ayuda a los familiares a considerar qué estrés tienen en sus vidas cómo adaptar su comportamiento para manejarlo
8. Manejar el estrés - pensar de manera diferente	Ayuda a los familiares a considerar cómo piensan sobre el estrés en sus vidas, y si diferentes perspectivas podrían ayudar a reducir su angustia; explora las muchas trampas comunes del pensamiento, como saltar a las conclusiones o la lectura de mente; y los ayuda a poner a prueba sus propios pensamientos
9. Comprender los servicios de salud mental	Ayuda a los familiares a comprender los servicios de salud mental, y a dirigirse a las personas indicadas para obtener la información adecuada y el apoyo que necesitan
10. Opciones de tratamiento	Información sobre la medicación, las intervenciones psicológicas y otras terapias. que las personas con psicosis o trastorno bipolar y sus familiares deben recibir según las directrices del NICE; empodera a los familiares al explicar las opciones disponibles
11. Manejo de crisis	Sugerencias claras sobre qué hacer en una crisis, a dónde acudir para obtener ayuda y qué esperar de los servicios; crea un plan personalizado útil de "qué hacer en una crisis"
12. El futuro y la recuperación	Se centra en apoyar la recuperación, con consejos útiles sobre cómo ayudar a las personas con trastorno bipolar o psicosis para desarrollar confianza y ganar independencia, incluye encontrar un equilibrio entre apoyar y hacer posible la independencia, buscar cambios positivos para celebrar, aceptar nuevos objetivos y desafíos y centrarse en el panorama general

TABLA 14
DOMINIOS PERCEPTIVOS Y COGNITIVOS (SOCIALES Y NO SOCIALES) RELEVANTES EN LA ESQUIZOFRENIA
(GREEN, HORAN & LEE. 2019)

	Descripción del proceso	Ejemplo en la vida real
Percepción		
1. Visual	Utilizar el sistema visual para percibir e interpretar lo que se observa en el entorno circundante	Identificar manifestaciones visuales estructurales en rostros u objetos
2. Auditiva	Utilizar el sistema auditivo para percibir e interpretar lo que se escucha en el entorno circundante	Distinguir entre tono o agudeza de las voces
Cognición no social		
1. Velocidad de procesamiento	Responder con rapidez y precisión cuando se realizan tareas perceptuales, motoras o cognitivas relativamente simples	Poder añadir rápidamente una serie de números o excluir cambio
2. Aprendizaje y memoria verbal	Capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información verbal por más de unos minutos	Recordar una lista de productos a comprar en el supermercado o recordar lo que se leyó horas antes
3. Aprendizaje y memoria Viso-espacial	Capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información sobre objetos y ubicaciones espaciales durante más de unos minutos	Recordar dónde se colocó algo en un armario
4. Memoria de trabajo	Capacidad para mantener y manipular información "virtual" en un almacén temporal	Retener y marcar un número telefónico que le acaban de dar
5. Atención/vigilancia	Capacidad para responder a objetivos y no responder a no objetivos durante un periodo	Enfocar la atención mientras se reciben instrucciones o se lee un libro
6. Razonamiento y resolución de problemas	Capacidad para aplicar y cambiar estrategias efectivamente para encontrar soluciones óptimas a problemas	Descifrar cómo obtener una cita importante cuando se descompone el automóvil
Cognición social		
1. Procesamiento de emoción	Capacidad para identificar eficazmente emociones (es decir, expresión facial) en otros y controlar las propias emociones	Poder identificar en el rostro del jefe si está enojado con uno
2. Percepción social	Capacidad para identificar roles sociales, reglas y contexto de señales no verbales que incluyen lenguaje corporal, prosodia y conocimiento de esquema social	Descifrar la relación entre dos personas con base en una muestra breve de conversación
3. Sesgo/estilo atribucional	La forma en que los individuos explican las causas y dan sentido a eventos o interacciones sociales	Saltar a la conclusión de que se está en peligro cuando se siente temeroso
4. Mentalización	Capacidad para representar los estados mentales de otros y hacer inferencias sobre sus intenciones y creencias	Poder adoptar la perspectiva de una persona durante una conversación



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España