



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA THERAPIES WITH PHARMACOLOGY COGNITIVE BEHAVIORAL FOR SCHIZOPHRENIA

David Infante Reyes, Helena Pozo Romero, Rocío Rojas Márquez.

Esquizofrenia, Antipsicóticos, terapia cognitivo- conductual, entorno familiar y social.

Schizophrenia, Antipsychotics, cognitive behavioral therapy, family and social environment.

helendue.hpr@gmail.com

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera las funciones cognitivas superiores. La finalidad de la terapia cognitiva- conductual con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales.

OBJETIVOS. Dar a conocer los aspectos más relevantes que nos permitan conocer los déficits cognitivos de la esquizofrenia y además nos permita nombrar perspectivas en cuanto al tratamiento, así como determinar las intervenciones psicológicas más eficaces y de mejor resultado probadas en pacientes con esquizofrenia que tienen un seguimiento efectivo de su tratamiento.

METODOLOGÍA. Se realiza una búsqueda bibliográfica en inglés y español en las bases de datos de Pubmed, Medline, Medes Medicina, Cuiden; utilizando las palabras claves nombradas. Obtenemos 350 referencias bibliográficas y se seleccionan aquellas cuyo diseño son de tipo ensayo aleatorio, revisión sistemática o metaanálisis.

RESULTADO. La combinación de intervenciones farmacológicas junto con terapia cognitivo- conductual mejora el pronóstico de la enfermedad a medio plazo cuando el psicólogo emplea una variedad de estrategias en el desarrollo de habilidades y competencias que le permiten autonomía al paciente y disminución de los síntomas.

CONCLUSIÓN. Planteamos los profesionales incluir estas terapias en nuestros pacientes y trabajar para que los enfermos realicen estas terapias.

ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder that alters higher cognitive functions. The purpose of cognitive-behavioral therapy with schizophrenics is to reduce or modify maladaptive behaviors and cognitive distortions arising from them, through the collaboration of the patient or family, along with social skills training.

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

OBJECTIVES. To present the most relevant aspects that allow us to know the cognitive deficits of schizophrenia and also allows us to name perspectives in the treatment and determine the most effective and best result psychological interventions tested in patients with schizophrenia who have effective monitoring of their treatment.

METHODOLOGY. A literature search was conducted in English and Spanish in the databases PubMed, Medline, Medes Medicine, Cuiden; using keywords named. 350 get references and those whose design type are randomized trial, systematic review or meta-analysis are selected.

RESULT. The combination of pharmacological interventions with cognitive behavioral therapy improves prognosis in the medium term when the psychologist employs a variety of strategies in the development of skills and competencies that allow the patient autonomy and decreased symptoms.

CONCLUSION. Ask professionals to include these therapies work for our patients and that patients carry these therapies.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera las funciones cognitivas superiores, suele aparecer al final de la adolescencia o al principio de la etapa adulta. Se trata de una enfermedad crónica que causa gran incapacidad social y laboral, con un deterioro significativo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento global del individuo que la padece. Afecta al 1% de la población mundial y en el sexo femenino los síntomas suelen aparecer más tardíos. Los antipsicóticos han contribuido al control de los síntomas que caracterizan la enfermedad, pero la mayoría de los pacientes continúan teniendo síntomas residuales y molestos a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado. Los síntomas esquizofrénicos se dividen en dos:

- Síntomas Positivos: Son alteraciones en la cognición, experiencias sensoriales y en la conducta; como, por ejemplo, alucinaciones, ideas delirantes o conductas extrañas. Responden bien a los antipsicóticos, son intermitentes.
- Síntomas negativos: Aparece una ausencia o disminución de las cogniciones, emociones o conductas normales aceptadas en la sociedad. Suelen ser síntomas estables y con peor respuesta a tratamiento antipsicótico.

En los pacientes esquizofrénicos es muy frecuente que aparezcan ideas suicidas, síntomas depresivos, ansiedad, ira y hostilidad. Lo que es común en esta enfermedad es que se produce un deterioro del funcionamiento social, lo cual no se ha demostrado que se consiga mejorar con el tratamiento farmacológico. La terapia cognitiva-conductual ha sido empleada con estos fines; se ha utilizado para manejar síntomas positivos y negativos que persisten a pesar del tratamiento farmacológico. La finalidad de esta terapia con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales.

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

Las distorsiones cognitivas más comunes en esta enfermedad son:

- Identificación predicativa. El sujeto obtiene conclusiones de sus experiencias con base en las relaciones de predicado.
- Atribuciones precipitadas de significado. El sujeto esquizofrénico tiene una baja tolerancia a la ambigüedad, y en las situaciones confusas obtiene interpretaciones arbitrarias con gran rapidez.
- Sobreinclusión egocéntrica. Es la tendencia del sujeto a responder a diferentes situaciones incluyéndolas en un mismo concepto o patrón cognitivo (sobre-generalización). En concreto, se trata del pensamiento "egocéntrico" (Piaget), donde el paciente relaciona los acontecimientos del mundo como referidos a él mismo (personalización).
- Confusión de causas y significados. Se denomina, así mismo, proyección.
- Desimbolización. El sujeto se cree literalmente el significado de las metáforas, concretándolas, "cosificándolas".
- Concreción y percepción de conceptos. Se refiere a la tendencia a trasladar los conceptos abstractos a preceptos.
- Sesgos en el foco de la atención. Los esquizofrénicos con ideas delirantes paranoides persecutorias tienden a enfocar su atención más fácilmente en estímulos potencialmente dañinos y recuerdan preferencialmente episodios peligrosos.
- Pensamiento dicotómico o polarización. Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas, saltándose las pruebas de valoraciones y hechos intermedios.

La relación terapéutica es muy importante para abordar el inicio del tratamiento. El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales, y como catalizador, promoviendo experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten, a su vez, pensamientos y habilidades más adaptativas. El modelo parte de varias premisas.

Este modelo de terapia aborda la gravedad, el curso y el pronóstico de tres factores interactivos:

- La vulnerabilidad, que es la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad, y está determinado por la interacción de influencias genéticas y ambientales (condiciones para que se desarrolle la enfermedad).
- El estrés socioambiental se deriva de situaciones o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología, inducir recaídas o rehospitalizaciones.
- Las habilidades de afrontamiento son las capacidades que tiene el individuo para reducir al mínimo los efectos negativos del estrés.

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

Los principales puntos que se abordan en la terapia cognitiva-conductual con el paciente esquizofrénico:

- **Entrenamiento de las habilidades sociales.**

Es un conjunto de técnicas basadas en el aprendizaje social, orientado a que el paciente aprenda de manera sistemática nuevas habilidades interpersonales, como el empezar una conversación, al igual que expresar sentimientos negativos o positivos, el compromiso y la negociación.

- **Terapia familiar conductual.**

El objetivo es disminuir al máximo las relaciones estresantes familiares, las cuales pueden empeorar el curso de la enfermedad. Esta terapia va dirigida a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y a potenciar las habilidades de solución de problemas. Se divide en cinco etapas esenciales: evaluación familiar, educación sanitaria de la enfermedad y tratamiento, entrenamiento en las habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas y problemas específicos (soluciones por parte del profesional).

- **Entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales.**

Requiere una descripción y análisis funcional del síntoma psicótico, de las condiciones en las cuales emergió el síntoma, de las reacciones del paciente a éste y de las consecuencias de dicho síntoma.

De esta forma, se identifican las estrategias de afrontamiento que ha estado empleando el paciente y su eficacia para escoger así una estrategia que puede ser conductual (iniciar una conversación, dar un paseo, etc.), cognitiva (habla positiva con uno mismo, distracción de la atención, por ejemplo, armando un rompecabezas) o de modificación de los estímulos sensoriales (tararear, oír música, etc.).

El entrenamiento de las habilidades de afrontamiento incluye dejar tareas para la casa y se le enseñan varias habilidades de afrontamiento de los síntomas de manera que pueda contar con un repertorio de res- puesta que se adapte mejor a cada situación.

- **Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas.**

La terapia se estructura en el marco de una alianza terapéutica estrecha, con apoyo, aceptación de la experiencia del paciente y colaboración mutua para resolver los problemas que se presentan. Se brinda psicoeducación al paciente, haciendo énfasis en el papel del estrés en la formación y mantenimiento del síntoma e intentando reducir al máximo el estigma de la enfermedad.

Se usan técnicas cognitivas y conductuales para tratar síntomas positivos y negativos (prueba y reformulación de creencias, contrapeso de lo que sostiene la creencia, formulación de explicaciones alternas, juego de roles, etc.). Se abordan también

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

comorbilidades como la ansiedad y la depresión. Finalmente, se intenta hacer una prevención de recaída, identificando situaciones estresantes y desencadenantes de los síntomas y promoviendo el entrenamiento de habilidades sociales y ocupacionales.

- Tratamientos de delirios.

Según las investigaciones, la preocupación y el estrés asociados a la idea delirante fluctúan con el tiempo y que pueden ser modificados y disminuidos por intervenciones cognitivo-conductuales. La idea delirante permite descubrir preocupaciones de la vida diaria subyacentes y entender las creencias previas del paciente.

En la primera fase de valoración se investiga el sistema de creencias premórbido del paciente, los eventos que ocurrieron alrededor del brote psicótico y las situaciones que precipitan y mantienen las ideas delirantes, así como las consecuencias emocionales (tristeza, miedo, rabia, etc.) o conductuales (aislamiento, evitación, agresión, etc.) que conllevan a estas situaciones de delirio. Después, se abordan las partes de la idea delirante que se sostienen con mayor dificultad. Es de anotar que la confrontación directa puede producir un efecto contrario al deseado

- Tratamientos de las alucinaciones.

Los pacientes con esquizofrenia reportan con frecuencia alucinaciones auditivas no verbales (música, zumbidos, etc.), la mayoría de las intervenciones cognitivas-conductuales se han dirigido a tratar las alucinaciones en forma de voces, por ser éstas las que mayores molestias y sufrimiento producen.

El terapeuta hace una investigación completa sobre la frecuencia, la intensidad, la variabilidad, los eventos externos o internos que las precipitan, el contenido de lo que las voces dicen y las creencias que el paciente tiene sobre ellas (malevolencia, omnipotencia, benevolencia, etc.).

El terapeuta indaga, además, sobre los indicios que respaldan las creencias acerca de las voces y sobre la reacción que tiene el paciente frente a este fenómeno. Posterior a esta valoración, se procede a ir cuestionando gentilmente las creencias y ofreciendo explicaciones alternas al paciente.

OBJETIVOS

Con este estudio pretendemos demostrar el alivio de los síntomas positivos puede, por sí mismo, disminuir el aislamiento social, la anhedonia y la apatía.

Se utilizan estrategias cognitivas como buscar las razones que tiene el paciente para la inactividad y ponerlas a prueba mediante experimentos conductuales, estimular intereses nuevos o previos que se perdieron y tratar pensamientos automáticos de autocrítica sobre el desempeño en tal o cual labor.

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

Dar a conocer los aspectos más relevantes que nos permitan conocer los déficits cognitivos de la esquizofrenia y además nos permita nombrar perspectivas en cuanto al tratamiento, así como determinar las intervenciones psicológicas más eficaces y de mejor resultado probadas en pacientes con esquizofrenia que tienen un seguimiento efectivo de su tratamiento.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en inglés y español en las bases de datos de Pubmed, Medline, Medes Medicina, Cuiden; utilizando las palabras claves nombradas. Obtenemos 350 referencias bibliográficas y se seleccionan aquellas cuyo diseño son de tipo ensayo aleatorio, revisión sistemática o metaanálisis.

De todas las encontradas obtenemos un total de 5 que cumplen con los requisitos de inclusión para nuestra revisión y que son los más relevantes en cuanto al uso de esta terapia como tratamiento coadyuvante al farmacológico.

RESULTADO

El tratamiento farmacológico, con frecuencia, es la única intervención en nuestro medio que es tomada en cuenta para el paciente con esquizofrenia. Un abordaje psicoterapéutico rara vez es contemplado como parte del plan de manejo.

La combinación de intervenciones farmacológicas junto con terapia cognitivo-conductual mejora el pronóstico de la enfermedad a medio plazo cuando el psicólogo emplea una variedad de estrategias en el desarrollo de habilidades y competencias que le permiten autonomía al paciente y disminución de los síntomas.

Nos llama la atención la escasez de estudios en este campo; además, es llamativo el escaso conocimiento que hay entre los profesionales dedicados a la salud mental sobre las técnicas, el marco conceptual y la efectividad de esta intervención en el paciente esquizofrénico.

CONCLUSIÓN

La terapia cognitiva-conductual es una intervención prometedora, que provee al clínico un modelo para entender al paciente esquizofrénico y su manera de percibir el mundo; así mismo, le da herramientas diferentes a la farmacoterapia, que puedan potenciar el tratamiento convencional. Le da al enfermo medios para sobrellevar la enfermedad y el malestar derivado de sus síntomas, al proporcionarle un entrenamiento en habilidades sociales que mejorarán las dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales y familiares, que a largo plazo disminuirán el deterioro en la red de apoyo.

Se necesitan más estudios, con un número mayor de pacientes, que permitan establecer si esta intervención resulta ser más eficaz en combinación con el tratamiento antipsicótico, que el tratamiento habitual de este trastorno.

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTALES CON FARMACOLOGÍA PARA LA ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Sánchez JJ, Cano JJ. Manual de psicoterapia cognitiva. Jaén: R&C; 2002.
2. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: biases in performance on a probabilistic inference task. *J Nerv Ment Dis.* 1991; 179(4):194-201.
3. Harrow M, Carone BJ, Westermeyer J. The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1985; 142:702-7.
4. Fear CF, Sharp H, Healy D. Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry.* 1996; 168:61-7.
5. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:527-39.
6. Beck AT, Rector NA. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry.* 2002;47(1):39-48.
7. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychoses. A controlled trial I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry.* 1996; 169:593-601.
8. Beck AT, Rector NA. Delusions: a cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2002;16(4):655-68.
9. Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. Tratamiento cognitivo conductual para la esquizofrenia. *Cochrane Library Plus en español.*
10. Tarrier, N. Yusupoff, L. Kinney C. Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ.* 1998; 317:303-7.