

# Best Practice

## Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

### Eficacia de la terapia individual y de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia

#### Agradecimientos

Este *Best Practice Information Sheet* es fruto de una revisión sistemática de la investigación sobre el tema, publicada por el Instituto Joanna Briggs y titulada "The effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia".<sup>1</sup> Los estudios incluidos en la revisión sistemática se detallan en los artículos referenciados en el informe de la revisión.

#### Introducción

Se calcula que aproximadamente el 1% de la población mundial sufre esquizofrenia. El Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense sugiere que, sólo en Estados Unidos, más de dos millones de personas sufren esta enfermedad, independientemente del año tomado como referencia.

La esquizofrenia puede manifestarse en la infancia, aunque es más probable que en los hombres aparezca durante la adolescencia tardía o al inicio de la veintena, y en las mujeres en la década de los 20 ó 30.

Los enfermos de esquizofrenia experimentan todo tipo de síntomas tales como la percepción distorsionada de la realidad, alucinaciones e ilusiones, delirios, trastornos del pensamiento y problemas de expresión emocional.

La esquizofrenia no tiene una única causa, y algunas de sus causas aún se desconocen. Por esta razón no hay un tratamiento único ni sencillo y los enfoques que existen actualmente se basan en la investigación

#### Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Efecto de la terapia individual sobre los síntomas de la esquizofrenia**
- Comparación de la psicoterapia individual y de grupo para el tratamiento de la esquizofrenia**
- Psicoterapia de grupo para el tratamiento de la esquizofrenia**
- Efecto de la psicoterapia de grupo en las conductas esquizofrénicas**

clínica y en la experiencia. Generalmente, la esquizofrenia se trata con medicación, pero entre el 5 y el 25% de los pacientes continúa teniendo síntomas a pesar de estar en tratamiento. Además, es frecuente que la medicación tenga efectos secundarios adversos. Por último, si bien la medicación resulta útil para controlar los síntomas de la patología, no proporciona al paciente las habilidades principales para afrontar la enfermedad.

Estas habilidades se consiguen mediante distintas modalidades de psicoterapia.

#### Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándose en el siguiente sistema de clasificación.

##### Nivel I

Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

##### Nivel II

Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

##### Nivel III.1

Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

##### Nivel III.2

Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.

##### Nivel III.3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.

##### Nivel IV

Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

#### Objetivos

Este *Best Practice Information Sheet* se ha realizado con el objetivo de presentar la información más importante disponible sobre la terapia de grupo (TG) y la terapia individual (TI) en el tratamiento de la esquizofrenia. Esta revisión resume los resultados de todos los estudios relevantes llevados a cabo en relación con este tipo de intervenciones.

# Efecto de la terapia individual sobre los síntomas de la esquizofrenia

Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre la eficacia de los distintos tipos de terapia individual en la mejoría de los enfermos de esquizofrenia.

## Terapia cognitivo conductual individual

La utilización de la terapia cognitivo conductual individual en pacientes con esquizofrenia se ha abordado recientemente en una revisión sistemática de la Fundación Cochrane.<sup>2</sup> Esta revisión comparaba la utilización simultánea de esta terapia y el tratamiento convencional con la utilización del tratamiento conven-

cional sin más. A los efectos de este estudio, el tratamiento convencional consistía en la utilización de medicación antipsicótica y un bajo seguimiento del caso.

Sólo se registró una muerte entre todos los estudios realizados. Los revisores observaron que existía diferencia en cuanto a las recaídas a favor de la utilización simultánea de la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento convencional frente al tratamiento convencional sin más.

En cuanto al funcionamiento global, según la Escala GAS, los pacientes del grupo de la terapia cognitivo-conductual mostraron una mejora significativa en el funcionamiento mental en comparación con los tratados con terapia convencional. La evaluación del estado mental de los pacientes con la Escala BPRS no mostró diferencias significativas a corto y medio plazo entre los distintos grupos de tratamiento. No obstante, los resultados a largo plazo según la escala BPRS fueron significativamente mejores en el grupo de terapia cognitivo-conductual que en los grupos de terapia convencional.

Por lo tanto, se puede recomendar la terapia cognitivo conductual individual para el tratamiento de la esquizofrenia y se puede esperar que sea eficaz a la hora de mejorar el estado mental general y el funcionamiento global en sujetos en los que se diagnostica esquizofrenia. (Nivel I)

Las implicaciones para la práctica, según determinaron los autores de la revisión, fueron las siguientes:

“La terapia cognitivo-conductual se asocia a un riesgo de recaída considerablemente reducido... con ella puede alcanzarse una mejora del estado mental y del funcionamiento global superior a lo esperado en una terapia convencional.” Los revisores advierten de que para lograr una terapia cognitivo-conductual eficaz debe darse una “participación activa tanto por parte del terapeuta como del paciente que se somete a la terapia”.<sup>2</sup>

## Escalas de evaluación

### Escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

La escala BPRS se utiliza para evaluar la gravedad de una serie de síntomas psiquiátricos. Es una escala que evalúa 16 ítems, cada uno de ellos con una escala de 7 valores que abarcan desde “inexistente” hasta “extremadamente grave”. Las puntuaciones oscilan entre 24 y 168, siendo mayor la gravedad cuanto mayor es la puntuación.

### Escala GAS (Global Assessment Scale)

La escala GAS sirve para medir de forma global el funcionamiento del sujeto. Abarca resultados desde 1 (necesita supervisión constante) hasta 100 (no presenta síntomas).

### Escala PAS (Psychiatric Assessment Scale)

La escala PAS evalúa también los síntomas de los sujetos y consta de ocho categorías, cada una de las cuales se evalúa con una escala sobre 4. Cuanto mayor es la puntuación mayor es también la gravedad de los síntomas. El cuestionario “Personnel” es un instrumento que rellena el mismo paciente y evalúa los delirios y la preocupación.

### Escala PEF (Psychiatric Evaluation Form)

La escala PEF se compone de 19 escalas psicopatológicas y de una escala general sobre la gravedad de la enfermedad con la que se asigna al estado psiquiátrico del paciente un valor entre 1 (trastorno inexistente) y 6 (trastorno agudo).

### Escalas CGI (Clinical Global Impressions scales)

Las escalas CGI se utilizan para evaluar la gravedad general de la patología antes de iniciar el tratamiento (CGI-S) y las mejoras obtenidas tras el tratamiento (CGI-I). La puntuación máxima es 7, y cuanto más bajo es el valor obtenido, mayor es la mejora en la gravedad global de la enfermedad.

### Escala QLS (Quality of Life Scale)

Esta escala se utiliza para evaluar los cambios en la calidad de vida del paciente a lo largo de la fase de tratamiento. La puntuación máxima es 126. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la mejora en el funcionamiento interpersonal que ha sentido el sujeto.

### Escala SANS (Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

Esta escala se utiliza para evaluar los cambios en los síntomas negativos del paciente a lo largo del período de tratamiento. La puntuación máxima es 100. Cuanto menor es el resultado, menor es también la gravedad de los síntomas negativos.

### Escala BAT (Behavioural Assessment Task)

Se utiliza un programa de vídeo en el que se presentan diferentes situaciones para evaluar la precisión de la percepción social y para identificar a los pacientes con distintas habilidades sociales. La puntuación máxima es 18. Cuanto mayor es la puntuación final, mayor es la mejora en la competencia social del paciente.

### Escala GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

La escala GAF se utiliza para evaluar el funcionamiento psicosocial general y el nivel de la sintomatología. La puntuación máxima es 90. Cuanto mayor sea ésta mayor es también la mejora tanto en el funcionamiento psicosocial como en los síntomas del paciente.

### Escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia)

Esta escala se utiliza para determinar la presencia de síntomas esquizofrénicos.

### Adquisición de habilidades

Consiste en una serie de tests tipo role-play. Las actuaciones de los sujetos dentro del role-play se evalúan utilizando las escalas de Likert de 4 puntos, en las que los resultados varían de 1 (mediocre) a 4 (excelente).

### Escala GAtS o de consecución de objetivos (Goal Attainment Scale)

Esta escala se utiliza para evaluar en qué medida se han alcanzado los objetivos del tratamiento. La escala va desde -2 (regresión en el cumplimiento de los objetivos), pasando por 0 (objetivo cumplido), hasta 2 (objetivo superpascado).

### Unidad verbal diferenciada

Marcada a su inicio y final por un periodo de silencio y/o un cambio en el contenido del discurso.

## Terapia individual vs terapia individual y familiar para la prevención de recaídas

Se comparó el efecto de la terapia individual combinada con terapia familiar con el de la terapia individual sin más, en relación con la prevención de posibles recaídas en

sujetos con esquizofrenia procedentes de familias con alto y bajo nivel de emoción expresada (EE).

El concepto de EE se define como la creencia de que las actitudes críticas hacia una persona con esquizofrenia y la sobreprotección pueden usarse como indicadores de una posible recaída. Por ejemplo, los familiares que muestren actitudes críticas o excesivamente protectoras hacia la persona que sufre esquizofrenia pueden influir en su recaída.

Se observó que los pacientes de familias con un alto nivel de EE tenían más probabilidades de sufrir una recaída que aquellos procedentes de familias con un nivel bajo de EE. No obstante, no se observó que esta diferencia fuera significativa. Además, no se demostró que ninguno de los dos tratamientos fuera más eficaz a la hora de prevenir posibles recaídas. Sin embargo, puede que la falta de significación se deba al reducido número de pacientes utilizados en el estudio. Antes de poder recomendar cualquiera de los dos enfoques para el tratamiento de individuos esquizofrénicos es necesario realizar ensayos mayores diseñados cuidadosamente.

## Comparación de la psicoterapia individual y de grupo para el tratamiento de la esquizofrenia

Aunque existe evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual individual en sujetos con esquizofrenia, se han realizado muy pocas investigaciones comparando el uso de psicoterapias de grupo con las psicoterapias individuales.

### Psicoterapia de grupo vs psicoterapia individual

En un estudio que valoraba la eficacia de la psicoterapia de grupo frente a la individual con respecto a la mejora de los síntomas y la eficacia social en sujetos con esquizofrenia se concluyó que la psicoterapia de grupo era significativamente más eficaz que la individual en términos de mejora de los resultados del paciente a los 12 y los 24 meses después de iniciado el tratamiento. Ninguno de los dos tratamientos demostró ser más eficaz en la prevención de recaídas, la

rehospitalización o la probabilidad de ser dado de alta.

No obstante, es necesario tratar estos resultados con precaución ya que no se incluye la descripción de estos tratamientos. Por lo tanto, no se puede recomendar ninguna de estas terapias basándose en este estudio.

Se comparó la eficacia de la terapia de grupo personal y la terapia de apoyo sobre los índices de recaída y el funcionamiento social en sujetos con esquizofrenia. Se observó que es más eficaz realizar un tratamiento a largo plazo que realizar tratamientos breves de cualquiera de los dos tipos de terapia. Sin embargo, debido a la naturaleza de los datos presentados, estos resultados no pueden valorarse de forma independiente y no se pueden hacer recomendaciones acerca de la utilidad de ninguno de estos tipos de terapia.

Así, la comparación de la psicoterapia de grupo e individual en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia no aporta resultados concluyentes, bien porque en la literatura disponible no se aporta suficiente información sobre los tratamientos o bien porque los datos son incompletos.

### Psicoterapia de grupo para el tratamiento de la esquizofrenia

Numerosos estudios han intentado comparar la eficacia de diferentes formas de terapia de grupo entre sí y frente a grupos de control o grupos de pacientes en lista de espera.

#### Psicoterapia de grupo vs control

Se ha comparado la eficacia de la psicoterapia de grupo sobre los síntomas psiquiátricos de individuos con esquizofrenia con la eficacia tanto de un grupo de tareas orientadas a la actividad como de un grupo control.

La mejora en el funcionamiento global de los sujetos con esquizofrenia (medido con la escala GAS) no era significativamente distinta en ninguno de los tres grupos de estudio. No obstante, los resultados obtenidos con la escala general de gravedad de la enfermedad (una subescala de la escala PEF) evidenciaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento

de una primera evaluación a la segunda. Con esta escala, los resultados de los pacientes de psicoterapia de grupo fueron inferiores a los del grupo control. El número de pacientes que obtuvieron peores resultados en la evaluación realizada después del tratamiento en comparación con la evaluación de inclusión en el programa (medidos con la escala PEF) fue similar en el grupo de terapia de grupo y en el grupo de tareas orientadas a la actividad.

Por lo tanto, se comprobó que las tres horas semanales de terapia de grupo no sólo no fueron eficaces, sino que hasta pudieron ser perjudiciales para los pacientes con esquizofrenia pasados los primeros 20 días tras su inclusión en el programa, en contraste con lo que ocurrió con los pacientes del grupo control, a los que se permitió interactuar con el personal y los demás enfermos. Los estudios sugieren que tal vez las ocho sesiones de una hora no fueran suficientes para que el grupo se desarrollara adecuadamente. Por consiguiente, antes de poder recomendar estas formas de tratamiento en individuos con esquizofrenia, se debería evaluar la utilización de estos tipos de psicoterapia de grupo durante períodos más largos de tiempo.

#### Entrenamiento en conductas interactivas vs lista de espera

Se comparó la eficacia del entrenamiento en conductas interactivas sobre la gravedad de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia diagnosticada frente a pacientes que estaban en lista de espera.

Se utilizaron las escalas CGI, QLS, SANS, BAT, GAF, BPRS (descrita anteriormente) y PANSS para determinar el nivel global de funcionamiento social. Solamente la escala GAF mostró alguna mejora en los resultados posteriores al tratamiento para el grupo en que se utilizó entrenamiento en conductas interactivas. Ninguna de las otras escalas observó ningún cambio significativo tras el tratamiento. Las puntuaciones de los pacientes en lista de espera no mostraron cambios significativos antes y después del tratamiento.

Tras este estudio se puede concluir que la forma de entrenamiento en conductas interactivas descrita no resulta eficaz para mejorar el fun-

cionamiento social y, por lo tanto, no se puede recomendar. (Nivel II)

### **Psicoterapia de grupo vs entrenamiento modular en habilidades**

Se realizó un estudio en sujetos con esquizofrenia en el que se comparó el entrenamiento modular en habilidades con una psicoterapia en grupo, con el fin de reducir la medicación y mejorar la habilidad del paciente para afrontar los síntomas, y mejorar los propios síntomas en sí. El entrenamiento modular en habilidades demostró ser significativamente más eficaz que la psicoterapia de grupo a la hora de generar habilidades en el paciente que le permitieran reducir la medicación y afrontar los síntomas en el seguimiento de 6 y 12 meses que se realizó a los pacientes. No obstante, el tratamiento modular en habilidades no resultó ser más eficaz que la psicoterapia tradicional a la hora de mejorar los síntomas de la esquizofrenia. Cuando se realizó un sondeo entre los pacientes de ambos grupos de tratamiento para evaluar el efecto de la terapia general, se observó una mejora significativa en las puntuaciones obtenidas según las escalas BPRS y SANS a los 6 meses de seguimiento respecto a los resultados obtenidos antes de realizar el tratamiento.

Por lo tanto, tanto el entrenamiento en habilidades como la psicoterapia de grupo pueden ser eficaces para mejorar los síntomas psicológicos generales. El programa de entrenamiento en habilidades tiene la ventaja añadida de que mejora también las habilidades para vivir de los sujetos con esquizofrenia. (Nivel II)

### **Entrenamiento en habilidades para afrontar la enfermedad vs entrenamiento en grupo para la resolución de problemas**

Se llevó a cabo un pequeño estudio con 14 pacientes para determinar el efecto tanto del entrenamiento en habilidades para afrontar la enfermedad como del entrenamiento para resolver problemas, sobre la consecución de los objetivos del tratamiento y los índices de hospitalización.

Los resultados medios según la escala GAtS obtenidos por el grupo de entrenamiento en habilidades para afrontar la enfermedad (CST, Coping Skills Training) resultaron

significativamente mejores que en el caso del entrenamiento en grupo para la resolución de problemas (PSGT, Problem Solving Group Training), tanto en la fase posterior al tratamiento como en el seguimiento. Sin embargo, en ambos tratamientos se observó una mejora significativa en los resultados posteriores al tratamiento con respecto a los resultados anteriores al tratamiento. El grupo CST fue el único que mostró una mejora significativa en los resultados de la escala GAtS en el período comprendido entre el fin del tratamiento y el seguimiento de 6 meses. Por lo tanto, parece que el enfoque CST tiene un efecto más duradero que el enfoque PSGT en cuanto a la mejora en la consecución de objetivos en individuos que padecen esquizofrenia.

Los índices de hospitalización no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento. Debido al tamaño de la muestra del estudio, la significación de los resultados debe tratarse con precaución. Para poder recomendar la utilización del CST y PSGT como métodos que permitan a los sujetos con esquizofrenia mejorar sus habilidades, es necesario realizar un estudio controlado diseñado cuidadosamente y con una muestra mayor.

### **Efecto de la psicoterapia de grupo en las conductas esquizofrénicas**

La psicoterapia de grupo se ha utilizado también en el tratamiento de problemas conductuales específicos en sujetos que padecen esquizofrenia.

### **Psicoeducación de grupo y cumplimiento del tratamiento farmacológico**

En un estudio se comparó la psicoeducación con un tratamiento control. El estudio se realizó en individuos con esquizofrenia que en ese momento presentaban remisión de los síntomas, y que se asignaron a un grupo u otro, con el fin de estudiar la mejora en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. No se recomienda utilizar este programa en pacientes en una fase aguda de la enfermedad ni en pacientes con trastornos cognitivos. De entre todos los pacientes que completaron el tratamiento, los sujetos del grupo experimental respetaron de manera significativamente

más rigurosa la toma de su medicación tras el tratamiento, en comparación con antes del tratamiento, que los sujetos del grupo control.

No obstante, el éxito de un tratamiento también depende de que los enfermos lo terminen. Muchos pacientes no completaron su tratamiento, y cuando se incluyeron sus datos en los resultados se observó que ni en el grupo experimental ni en el control existía una mejora significativa en el cumplimiento de la terapia farmacológica.

Según la valoración subjetiva hecha por los propios pacientes, se determinó que el porcentaje de pacientes que afirmaba sentirse menos cómodo con su manejo de la medicación, tanto en el período previo como en el posterior al tratamiento, era mayor en el grupo experimental que en el control. No obstante, estas diferencias no fueron significativas.

Al evaluar el estado psicológico de los pacientes en distintos momentos antes y después del tratamiento, utilizando la escala BPRS y la escala GAS, no se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos de tratamiento ni cambios significativos dentro de cada grupo en las fases anterior y posterior al tratamiento. Al cabo de un año de seguimiento, había desaparecido cualquier efecto producido por la psicoeducación en el seguimiento de la terapia farmacológica, y ya no se apreciaban diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los factores evaluados.

Por lo tanto, no se ha observado que la psicoeducación de grupo sea eficaz a la hora de mejorar el cumplimiento de la terapia farmacológica ni de mejorar los síntomas o el funcionamiento social de los sujetos con esquizofrenia, por lo que no puede recomendarse como tratamiento. (Nivel II)

### **Psicoterapia de grupo y apertura social**

Se cree que la estimulación de la interacción verbal es esencial para evitar uno de los principales signos de regresión en pacientes con esquizofrenia, el retramiento social. Por lo tanto, se estudió el efecto de la psicoterapia en la interacción verbal de los pacientes con esquizofrenia.

Se compararon tres terapias de grupo diferentes (actividades, remotivación e interacción social) entre sí y con una terapia de control. Se comprobó que el número de interacciones en los grupos de actividades y de remotivación era significativamente mayor que en los grupos de interacción social y de control, si bien el número de verbalizaciones que tenían lugar en el grupo de actividades era significativamente mayor que el de todos los demás grupos. En el grupo de remotivación la interacción verbal era significativamente mayor que en el grupo social y en el control. Así, se puede esperar que la creación de un grupo de actividades mejore notablemente

la interacción verbal de un grupo de varones en el que todos sufren esquizofrenia. (Nivel II)

### **Psicoterapia de grupo y polidipsia**

En un subgrupo de pacientes con esquizofrenia puede darse la complicación añadida de la polidipsia (intoxicación autoprovocada por la ingesta de agua). Por lo tanto, se comparó el tratamiento habitual en el hospital con una combinación de psicoterapia y tratamiento habitual hospitalario para mejorar el manejo de la polidipsia. Durante cinco semanas se monitorizó la ingesta de

líquidos pesando a los pacientes cuatro veces al día.

Durante el estudio, en el grupo experimental la polidipsia disminuyó significativamente en relación con el grupo control. Sin embargo, al cabo de dos meses de seguimiento, los aumentos medios de peso corporal volvieron a los valores anteriores al tratamiento. Por consiguiente, no se puede recomendar la psicoterapia de grupo como tratamiento para la polidipsia en sujetos con esquizofrenia, a no ser que el tratamiento se continúe indefinidamente. Sería necesario determinar el efecto en un estudio de mayor duración. (Nivel II)

## **PROTOCOLOS DE TERAPIA**

### **Terapia cognitivo conductual individual**

En la terapia cognitivo conductual individual:

- 1) “el receptor establece conexiones entre sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones con relación al síntoma objeto”
- 2) “se corrigen los trastornos de percepción, los pensamientos irracionales y los razonamientos sesgados de los sujetos sobre el síntoma objeto”
- 3) “el receptor monitoriza sus propios pensamientos, sus sentimientos y conductas con relación al síntoma objeto”, y
- 4) “se fomentan vías alternativas para hacer frente al síntoma objeto”

### **Terapia individual**

Se enseña a los pacientes a desarrollar el autoconocimiento y controlar sus síntomas mediante la educación, proporcionándoles herramientas para que afronten y manejen el estrés vital, y para que reconozcan el inicio del mismo. Esta terapia se siguió durante 12 meses, siendo un tratamiento de día durante un período de tres meses, y un

tratamiento comunitario durante nueve.

### **Terapia familiar**

Psicoeducación, entrenamiento en comunicación y en resolución de problemas. Esta terapia se siguió durante 12 meses, siendo el tratamiento de día durante un período de tres meses, y comunitario durante nueve.

### **Terapia de apoyo**

Consiste en escuchar de forma activa, demostrar empatía, dar seguridad al paciente, promover iniciativas que refuerzen la salud del paciente, y generar confianza en el terapeuta como fuente de apoyo y ayuda en la resolución de problemas en los momentos de crisis.

La media varió entre  $1,9 \pm 0,7$  sesiones por mes (primer año) y  $1,5 \pm 0,6$  sesiones mensuales (tercer año). La duración media de todas las sesiones de terapia fue de entre 30 y 45 minutos.

### **Terapia de grupo personal**

Animaba a los individuos a identificar las experiencias afectivas, cognitivas y psicológicas del estrés, con el fin de potenciar la adaptación personal y social a través de la identificación y el

manejo de la desregulación afectiva. El tratamiento se dividió en tres fases: (a) la fase básica, (b) la fase intermedia y (c) la fase avanzada.

- 1) Fase básica (primeros meses tras el alta)
  - a) Preparación de un contrato de tratamiento
  - b) Suministro de la dosis mínima efectiva
  - c) Psicoeducación básica sobre la naturaleza y el tratamiento de la esquizofrenia
  - d) Técnicas de terapia de apoyo
  - e) Plan detallado para la reanudación del rol esperado del paciente
  - f) Cómo sobrellevar la enfermedad
- 2) Fase intermedia (primeros 18 meses tras el alta)
  - a) Psicoeducación avanzada
  - b) Estrategias internas para sobre-llevar la enfermedad y técnicas de relajación y reestructuración cognitiva
  - c) Entrenamiento para la adquisición de habilidades
- 3) Fase final (últimos 18 meses de tratamiento)
  - a) Potenciación de iniciativas vocacionales y sociales dentro de la comunidad
  - b) Conciencia y asimilación de los propios pródromos

<p>c) Utilización de técnicas de relajación progresiva</p> <p>d) Conciencia y asimilación de la enfermedad</p> <p>e) Principios para manejar la crítica y resolver conflictos</p> <p>f) Utilización de situaciones reales</p> <p>El número medio de sesiones de terapia de grupo personal osciló entre una media de <math>2,9 \pm 0,7</math> al mes (primer año) y <math>2,1 \pm 0,9</math> al mes (tercer año). La duración media de las sesiones de terapia fue de entre 30 y 45 minutos.</p>	<p>sesiones a la semana de una hora de duración, durante los tres meses de duración del estudio.</p> <p><b>Terapia conductual interactiva</b></p> <p>Se utilizaron estrategias cognitivo-conductuales, tales como la instrucción, el modelado y la inversión de papeles, combinadas con estrategias de proceso de grupo. Se realizaron 16 sesiones de 50 minutos, divididas en cuatro fases.</p>	<p>4. Discusión del tratamiento farmacológico con los profesionales de la salud.</p> <p>Sesiones de 90 minutos, dos veces por semana, durante un periodo de seis meses, con la creación posterior de un grupo de entrenamiento en habilidades sociales que se reunía una vez a la semana durante el año de seguimiento.</p>
<p><b>Psicoterapia de grupo</b></p>	<p>1) La <b>fase de Orientación y creación de una red cognitiva</b> fue diseñada para fomentar las interacciones sociales entre los miembros del grupo.</p>	<p><b>Entrenamiento en habilidades para afrontar la enfermedad</b></p>
<p>Ayudó a los sujetos a "conseguir comprender las dificultades intrapsíquicas e interpersonales centrando la terapia en interacciones de tipo 'aquí y ahora' entre los miembros del grupo, y en la expresión de sus sentimientos". Tres sesiones a la semana de una hora de duración, durante tres meses.</p>	<p>2) La <b>fase de Calentamiento y puesta en común</b> enfatizaba la apertura social.</p> <p>3) En la <b>fase de Representación</b>, los pacientes representaban una situación interpersonal en la que participaba el resto del grupo.</p> <p>4) En la <b>fase de Afirmación</b>, el líder del grupo y el resto de sus miembros identificaban y reforzaban verbalmente conductas socialmente aceptables.</p>	<p>El tratamiento se dividía en cuatro módulos centrados en la adquisición de las habilidades necesarias para afrontar la enfermedad dentro de la sociedad. Incluía la fijación de objetivos persona-les, la enseñanza de técnicas de relajación, de técnicas de gestión del tiempo, reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de cohesión de grupo. Cada módulo constaba de una breve presentación en la que se presentaba una habilidad, la realización de ejercicios en grupo para practicar dicha habilidad y la asignación de tareas para realizar con un compañero del grupo fuera de la sesión.</p>
<p><u>O bien</u></p> <p>Terapia de grupo y apoyo orientada al autoconocimiento, en la que se proporcionaba información sobre la esquizofrenia y sobre la importancia de seguir adecuadamente el tratamiento. Sesiones de 90 minutos, dos veces por semana, durante seis meses. Durante el periodo de seguimiento de un año, el grupo continuó reuniéndose una media de una vez a la semana.</p>	<p><b>Entrenamiento modular en habilidades</b></p> <p>Los módulos del "Programa de habilidades para una vida social e independiente" de UCLA que se emplearon abordaban los siguientes aspectos:</p>	<p><u>O bien</u></p> <p>Dos sesiones semanales de 45 minutos de terapia de grupo psicoeducacional, durante cuatro meses, con arte terapia, ilustraciones sobre la cantidad de agua que se ingiere y charlas fisiológicas acerca del riesgo que supone la ingesta excesiva de agua. Período de seguimiento de dos meses tras el tratamiento.</p>
<p><b>Grupo de tareas orientadas a la actividad</b></p>	<p><b>Manejo de los síntomas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación de las señales de aviso de una recaída</li> <li>Manejo de las señales de aviso</li> <li>Manejo de los síntomas recurrentes</li> <li>Cómo evitar el alcohol y las drogas</li> </ol> <p><b>Manejo de la medicación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Obtención de información sobre la medicación antipsicótica</li> <li>Enseñanza sobre la correcta auto-administración de la medicación y evaluación</li> <li>Identificación de los efectos secundarios de la medicación</li> </ol>	<p>Los sujetos se reunieron semanalmente en sesiones de 90 minutos durante las 24 semanas que duró el estudio.</p> <p><b>Entrenamiento en grupo para la resolución de problemas</b></p> <p>Se utilizó un enfoque tradicional de resolución de problemas en el que eran los propios miembros del grupo quienes iniciaban el problema y quienes lo afrontaban.</p> <p>La resolución de problemas consta de seis elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>orientación al problema,</li> <li>definición del problema en términos conductuales,</li> </ol>
<p>Los miembros del grupo trabajaron juntos en un proyecto común "sin hablar sobre problemas intrapsíquicos ni interpersonales". Tres</p>		

<p>3. desarrollo de soluciones mediante técnicas de brainstorming,</p> <p>4. evaluación de las soluciones y sus resultados potenciales,</p> <p>5. elección de la solución que se va a utilizar para resolver el problema, y</p> <p>6. evaluación de los resultados.</p>	<p>Los pacientes se reunieron una vez a la semana en sesiones de 90 minutos durante las 24 semanas que duró el estudio.</p> <p><b>Psicoeducación</b></p> <p>Grupos de entre cuatro y seis pacientes que participaron en diez sesiones de 90 minutos. Las primeras cinco sesiones fueron semanales y las siguientes cinco sesiones quincenales. Se distinguieron cuatro fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesiones 1-3: familiarización entre los miembros del grupo y conocimiento de su enfermedad y de las terapias disponibles para su tratamiento.</li> <li>2. Sesión 4 y siguientes: los sujetos hacen aportaciones regulares acerca de la toma de la medicación.</li> <li>3. Sesiones 5-6: identificación de las primeras señales de aviso de recaída inminente y determinación de una estrategia farmacológica óptima.</li> <li>4. Sesiones 7-10: se registran todas los aspectos que afectan al bienestar del paciente, incluida la medicación, para diseñar estrategias que permitan afrontar la enfermedad.</li> </ol>	<p><b>Grupo de actividades</b></p> <p>Poco centrado en la verbalización como medio terapéutico.</p> <p><b>Grupo de vida en sociedad</b></p> <p>Muy centrado en la interacción verbal como forma de terapia.</p> <p><b>Grupo de terapia de motivación</b></p> <p>Basado en la verbalización, pero en menor medida que el grupo de vida en sociedad.</p> <p><b>Control</b></p> <p>El grupo final, el grupo control, realizaba actividades de ocio en grupo no estructuradas.</p>
---	---	--

## Recomendaciones

Para los enfermos de esquizofrenia que siguen los tratamientos descritos en este Best Practice Information Sheet:

- La terapia cognitivo-conductual individual puede resultar eficaz a la hora de mejorar el estado mental general y el funcionamiento global del paciente (nivel I).
- El entrenamiento en conductas interactivas no es eficaz a la hora de mejorar el funcionamiento social (nivel II).
- Tanto la psicoterapia de grupo como el entrenamiento modular en habilidades a largo plazo pueden resultar eficaces a la hora de mejorar los síntomas psicológicos generales (nivel II).
- El entrenamiento modular en habilidades es eficaz a la hora de mejorar las habilidades para la vida cotidiana (nivel II).
- La psicoeducación en grupo no resulta eficaz a la hora de garantizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico (nivel II).
- La utilización de grupos de actividades puede ser eficaz a la hora de mejorar la interacción social (nivel II).
- La psicoterapia de grupo no es eficaz a la hora de producir una mejora duradera en pacientes que presentan polidipsia (nivel II).

**Versión original traducida al castellano por:** Ana Lafuente Córdoba

**Traducción revisada por:** Clara Juandó Prats

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

1. Hodgkinson B, Evans D, O'Donnell A, Nicholson J, Walsh K. The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia. Adelaide. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 1999 Report No. 5
  2. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. In: The Cochrane Library; 1998.
- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000  
<http://www.joannabriggs.edu.au> ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881

**Traducido y difundido por:**



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL  
 DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA  
 LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

## Agradecimientos

This information sheet was derived from a commissioned review conducted by Rick Wiechula and Craig Lockwood of The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery for the Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital. The review report and recommendations were reviewed by a multidisciplinary panel and in particular the Institute would like to acknowledge the efforts of Mr Andrew Zoerner, Director, Health Promotions Unit, and Dr Rick Stapleton who chaired the review group with initial funding from the Anti-Tobacco Ministerial Advisory Taskforce.

In addition the Best Practice sheet has been peer reviewed by experts nominated by JBIEBNM centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.