

El futuro de las terapias cognitivas y conductuales en la prevención y tratamiento precoz de la psicosis oportunidades y riesgos

David J. Kavanagh

University of Queensland

Kim T. Mueser

Dartmouth Medical School

Las intervenciones conductistas y cognitivas en personas con psicosis poseen una larga y diferenciada historia, aunque la evidencia de su aplicación a los jóvenes todavía es limitada. En las próximas décadas prevemos que se producirá una investigación substancial sobre la intervención psicológica en esta población. Dentro de los objetivos importantes se incluirán el manejo de los estímulos del entorno, la reducción del consumo abusivo de sustancias y la promoción de tratamientos precoces. El tratamiento psicológico de los síntomas positivos, depresión y conductas suicidas seguirán constituyendo objetivos críticos. Las metas de prevención secundarias importantes serán la retención del funcionamiento cognitivo, opciones vocacionales, habilidades sociales y el apoyo de la red social, incluyendo un apoyo familiar apropiado. Esperamos que la prevención primaria incluya tanto los programas universales como las intervenciones en adolescentes que estén particularmente en alto riesgo. Las innovaciones técnicas incluirán un uso creciente de las intervenciones basadas en Internet y mecanismos de acción conductuales. Continuarán las presiones por las intervenciones breves, así como los problemas con la provisión sistemática de procedimientos efectivos.

Hace quince años, Bellack (1986) argumentó en un artículo fundamental que la terapia conductista debería volver a encarar los retos de la esquizofrenia, y sostenía que éstos habían sido relativamente desatendidos por los investigadores conductistas a principios de la década de los 80. Desde entonces, hemos notado un resurgimiento en la actividad investigadora en cuanto a las intervenciones cognitivas y conductistas en adultos con psicosis (Mueser, 1998). Sin embargo, y hasta hace poco, hay que señalar la escasa cantidad de estos estudios enfocados a los adolescentes o la infancia.

La aparición de una auténtica psicosis durante la infancia es relativamente rara (Nicolson & Rapport, 1999) y aparte del manejo sobre la base de algunas contingencias de problemas conductuales (Ney, Palvesky

& Markely, 1971), hay pocas evaluaciones de los tratamientos cognitivos y conductistas (CBT, por sus siglas en inglés) de esta población en la literatura médica. Tales pacientes conforman un importante grupo para la intervención, ya que constituyen el grupo con el más pobre pronóstico y los mayores déficits cognitivos y funcionales (Nicolson & Rapport). Sin embargo, las bajas cifras de este grupo significarán probablemente que continuenn teniendo una representación relativamente pequeña en los ensayos que se publiquen de CBT en un futuro inmediato.

Por otro lado, los adolescentes pueden presentar un cuadro crítico tanto para la prevención primaria como

Este artículo se ha publicado en la revista Behavior Therapy, 2001

para la secundaria. Cuando los síntomas psicóticos realmente emergen —por lo general al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta (Haas & Sweeney, 1992; Hambrecht & Hafner, 1996)— como respuesta a esta situación, probablemente tienen un impacto substancial en los resultados a largo plazo de la psicosis (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996). En este artículo, sostenemos que lo más probable es que a lo largo de las próximas dos décadas se produzca un crecimiento substancial en la investigación psicológica aplicada a la prevención y al tratamiento precoz de la psicosis (a saber, síntomas incipientes y algunos de los tres primeros episodios). No obstante, exhortamos a que este crecimiento de la actividad investigadora sea rápido con objeto de maximizar nuestro impacto en el desarrollo de los servicios para esta población.

Nuestra reseña en torno a este área está orientada sobre la base de un modelo modificado de “agresión-vulnerabilidad” de determinación de los síntomas psicóticos (Zubin & Spring, 1977). El impacto de vulnerabilidades biológicas preexistentes (por ejemplo, factores genéticos, insuficiencia cerebral o infección) se modera por ambas variables exógenas (por ejemplo, drogas recreacionales o farmacoterapia) y por agentes estresantes exógenos. Las versiones actuales del modelo proveen para la posibilidad de efectos interactivos factores endógenos y exógenos (McDonald & Murray, 2000; Petronis, Paterson & Kennedy 1999), así como efectos aditivos. También existe una modificación añadida, debido a la inclusión de interpretaciones cognitivas de acontecimientos exógenos que moderan el efecto de los acontecimientos de respuesta emocional (Beck, 1976). Además, afecta a la habilidad para manejar retos situacionales, tanto por factores sociocognitivos (incentivos, eficacia propia, habilidades; Bandura, 1986) como por menoscabos en la memoria de trabajo y atención (una manifestación de la actual vulnerabilidad biológica). Cuando se dan síntomas psicóticos, cognitivos o afectivos, las interpretaciones cognitivas, las habilidades y la eficacia propia afectan al grado de impacto emocional y funcional de estos síntomas (Chadwick & Birchwood, 1994). Sin embargo, el grado

de humor negativo que surge de los factores endógenos, los acontecimientos negativos y las cogniciones, incrementa la disponibilidad de la cognición negativa, los incentivos y la información que apoya la propia eficacia (Kavanagh, 1992c). Si queremos mantener una concepción global clara del lugar de las estrategias cognitivas y conductuales en el tratamiento de los desórdenes psicóticos se requiere un modelo integrativo de este tipo.

Esta reseña no tiende a distinguir en absoluto entre tipos de desórdenes psicóticos, debido a que los diferentes desórdenes comparten la mayoría de los puntos, al menos en cierta medida (McGorry et al., 1996), en cuanto a la incertidumbre substancial y variabilidad de la diagnosis en las primeras etapas (McGorry, 1994) y a que anticipamos que puede haber cambios significativos en las categorías de diagnosis durante las dos próximas décadas mientras mejora nuestra comprensión de estos desórdenes.

En las secciones siguientes, reseñaremos los objetivos de la intervención y sus retos, a la luz de avances recientes en nuestro entendimiento de la psicosis y su tratamiento farmacológico. Trataremos enfoques cognitivos y conductuales existentes que podrían aplicarse a este sector de la población, y especularemos sobre posibles innovaciones futuras en la teoría y en la práctica.

Objetivos clave y retos

Reducción del retraso del tratamiento

A lo largo de la última década, se han producido avances significativos en nuestra comprensión de la psicosis; en parte debido al proyecto del genoma humano (Thomson & Esposito, 1999). La carrera se ha intensificado para identificar tanto los factores de riesgo genéticos como los del entorno en los desórdenes psicóticos y para determinar sus interacciones (McDonald & Murray, 2000; Petronis et al., 1999). Actualmente, parece haber múltiples caminos genéticos para el desarrollo tanto de la esquizofrenia como de las psicosis afectivas (Berrettini, 2000), y aunque existen retos significativos para la identificación de los lugares específicos (Thomson & Esposito 1999), parece probable que en la próxima década se produzcan rápidos avances.

Incluso en el estado actual de conocimiento, es posible identificar un grupo de alto riesgo en transición hacia la psicosis. Por ejemplo, Yung et al. (1998) centraron su atención en la edad de más alto riesgo –de 16 a 30 años–, y predijeron un riesgo adicional a partir de los síntomas psicóticos atenuados o pasajeros, o una combinación de una reducción significativa en el funcionamiento más desórdenes esquizotipos de la personalidad (SPD, por sus siglas en inglés) o una historia familiar de psicosis o SPD (Yung et al.). Se observó una psicosis manifiesta en un plazo de 6 meses en un 40% de 20 personas identificadas. Podríamos asumir que la predicción de riesgo se volverá considerablemente más sofisticada con el avance de la epidemiología en las próximas dos décadas.

De la mano de una predicción más precisa viene la posibilidad de una identificación y una intervención temprana. Por término medio, los pacientes con un primer episodio presentan un retraso de uno a dos años entre la aparición de los síntomas y el inicio del tratamiento (Beiser, Erickson, Fleming & Iacono, 1993; Haas & Sweeney, 1992; Haefner, Maurer, Loeffler & Riecher-Rossler, 1993; Loebel et al., 1992), con una amplia variabilidad en diferentes países (Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998; McGorry et al., 1996) y grupos étnicos (Lam & Kavanagh, 1996). La reducción en la demora del tratamiento puede ser importante, ya que el retraso está asociado con una respuesta más lenta y menos completa al tratamiento y a consecuencias funcionales más pobres (Loebel et al., 1992). Mientras que la presencia de más de un principio insidioso puede constituir una razón para un tratamiento más lento (que se asocia con un pronóstico pobre; Strauss & Carpenter, 1977), al menos algunas investigaciones muestran que el efecto permanece cuando se controla el ajuste premórbido (Loebel et al., 1992).

Los problemas asociados con un tratamiento tardío probablemente conllevan más de una formación de síntomas más graves o más resistentes al tratamiento, o incluso un mayor trastorno social. Los procesos que se asocian o que llevan al episodio inicial pueden también ser neurotóxicos –por ejemplo, la excesiva excitación debido a una conectividad anómala, o la presencia

excesiva de aminoácidos excitatorios pueden estar en la base de la muerte neuronal (Jernigan, 1992.; Jones, 1997). Si este es el caso, el proceso normalmente debe ser autolimitante. Más que mostrar un deterioro progresivo en el curso del desorden, la mayoría de los cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos surgen en el primer episodio y se estancan tras ese punto (Goldberg, Hyde, Kleinman & Weinberger, 1993; cfr. Smith et al., 1998). Muchos de los daños funcionales y, posteriormente sociales, que aparecen con la psicosis parecen tener su origen en estos déficits neuropsicológicos (Green, 1996).

Las cuestiones específicas para el compromiso y la reducción del retraso del tratamiento en la adolescencia incluyen la adecuación con respecto a la edad de la naturaleza de la intervención y su contexto social y el del entorno. (Phillips et al., 1999). Se ha demostrado en los programas especializados para jóvenes que hay reducciones substanciales en el retraso del tratamiento tras el primer síntoma psicótico (McGorry et al., 1996), sin embargo, un servicio australiano innovador para personas con síntomas incipientes o prodrómicos todavía muestra un retraso medio de más de 2,5 años desde la aparición del primer síntoma hasta el ingreso en la clínica (Phillips et al.). El compromiso permanece claramente como un aspecto significativo.

Hay un inconveniente potencial y significativo en la identificación de adolescentes en fase de riesgo: los métodos predictivos llevarán a falsos positivos, y se corre el peligro de que la identificación de la psicosis pueda llegar a ser una profecía de satisfacción propia, o que deje que la persona se identifique con los estigmas, cogniciones negativas, angustia y reducciones en el funcionamiento. Así que mientras un 40% de los individuos desarrollaron una psicosis en un período de seis meses en el estudio de Yung et al. (1998), un 60% no la desarrolló. Sabemos por otros ejemplos de programas de prevención bien intencionados, como el estudio de Cambridge-Somerville sobre prevención de la delincuencia juvenil (McCord, 1978), que las consecuencias para los participantes pueden ser a menudo peores que para los controles. Los programas publicados intentan evitar las etiquetas y los estigmas, y no se ha informado de problemas significativos en la identificación de adolescentes que creían que

estaban en riesgo de padecer psicosis (McGorry et al., 1996), pero tales efectos pueden resultar más difíciles de evitar en la aplicación a gran escala en acercamientos a intervenciones tempranas. Es más, ya existe alguna indicación de que la intervención psicológica que sigue al primer episodio de psicosis puede desencadenar disforia (Jackson et al., 1998) —un asunto al que más adelante retornaremos en este artículo. La posibilidad de efectos yatrogénicos debe continuar siendo una consideración en el diseño de programas de intervención precoces.

Respuesta imperfecta a la medicación y tratamiento de adherencia

Hasta un 50% de los pacientes responden de manera pobre o parcial a las medicaciones antipsicóticas clásicas o típicas (Kane, 2000). Estas medicaciones típicas también presentan un abanico de potenciales efectos secundarios graves y a menudo exacerbados o con poco efecto sobre los síntomas negativos (Tollefson & Sanger, 1997). Muchos pacientes tuvieron disfunciones cognitivas substanciales, sedación, efectos secundarios motrices y escasa mejora en el funcionamiento. A aquellos quienes han obtenido un mínimo beneficio de la medicación y, por contra, les ha producido graves efectos secundarios, la no adherencia puede haber constituido en ocasiones una respuesta racional.

En los últimos años, las cosas han mejorado significativamente. Ahora tenemos algunos antipsicóticos atípicos que son, al menos, tan efectivos como las medicaciones estándares pero que han reducido substancialmente los efectos secundarios extrapiramidales (Leucht, Pitschel-Walz, Abraham & Kissling, 1999) y han disminuido substancialmente los riesgos de disquinesia tardía (Casey, 1999). En el caso de la clozapina (Wahlbeck, Cheine, Essali & Adams, 1999) y quizás en el de otros medicamentos (Emsley, 2000), existe una capacidad para asistir a muchas personas cuyos síntomas positivos se habían mostrado resistentes al tratamiento. También hay un mayor impacto en los síntomas negativos (Remington & Kapur, 2000) y funcionamiento cognitivo (Purdon, 1999). La próxima década probablemente mostrará más mejoras substanciales en la efectividad y el perfil de los efectos secundarios de las

medicaciones antipsicóticas.

Sin embargo, no hay señal alguna en el futuro próximo de que las medicaciones reviertan completamente todos los efectos de los desórdenes psicóticos. Incluso en el caso de los síntomas positivos, algunas personas aún muestran una respuesta pequeña o sólo una respuesta parcial incluso a los mejores medicamentos actuales (Emsley, 2000). Muchas personas con psicosis continuarán teniendo daños neuropsicológicos que reflejan cambios cerebrales estructurales para los que no tenemos ningún tratamiento correctivo satisfactorio (Green, 1996; Palmer et al., 1997). Se requerirán intervenciones psicológicas para tratar con los síntomas en curso y procesos cognitivos trastornados. También se necesita adaptar estos acercamientos al tratamiento de síntomas prodromales o incipientes.

Una vez las personas comienzan un tratamiento potencialmente efectivo —ya sea por medicación o por estrategias psicológicas—, el tratamiento con éxito de los síntomas requiere al menos de un cierto grado de adherencia al tratamiento. La adherencia a la medicación antipsicótica entre adultos con psicosis es de un 50% a un 60% sobre un período de 12 meses (Perkins, 1999), pero en pacientes que han sufrido los primeros episodios puede ser de un 50% o menor (Favre, Huguelet, Vogel & González, 1997; Novak-Grubic, 1999). La adherencia desciende más en los tratamientos a largo plazo (por ejemplo, alrededor de un 25% dentro de los 2 años en la población general de esquizofrénicos; Perkins, 1999). La literatura general sugiere que la información sobre la utilidad de la medicación e instrucciones claras en su uso dadas por un profesional de la salud de confianza, son factores importantes a la hora de obtener adherencia (Ley, 1988). Sin embargo, la adherencia requiere mucho más que una simple comunicación clara. En la psicosis, parecen existir dos problemas principales. El primero es la motivación para seguir la medicación, a la que afecta la preocupación por los efectos secundarios, la presencia de síntomas negativos o cogniciones depresogénicas y la falta de certeza sobre la eficacia continuada de la medicación en la ausencia de los síntomas en curso (Piatkowska & Farnill, 1992). Tras un episodio inicial, la motivación puede socavarse

más por factores como la falta de certeza del diagnóstico, el rechazo al diagnóstico o evitar los pensamientos asociados, normas sociales o actitudes personales conflictivas, actividades competitivas o un sentido personal de invulnerabilidad. El segundo problema es acordarse de seguir la medicación (Piatkowska & Farnill, 1992). Una ventaja de la psicosis temprana es que muchos pacientes todavía viven en casa y un miembro de la familia puede recordarle tomar la medicación. Sin embargo, mientras que tales recordatorios se perciben como intrusivos o críticos, este factor potencialmente positivo puede incrementar por sí mismo el riesgo de recaída (Kavanagh, 1992b). Es más, el que otros proporcionen la medicación implica una dependencia continua y una autodirección limitada. No es una alternativa satisfactoria a la autoadministración.

Hasta hace poco, los problemas recalcitrantes con la adherencia a la medicación puso a los servicios de tratamiento en un aprieto. Una solución parcial para la no adherencia es suministrar una provisión de larga acción de inyecciones, pero en este formato sólo se disponía de la clase de medicamentos antipsicóticos más vieja y menos satisfactoria. En el futuro, el suministro de medicaciones más nuevas con el paso del tiempo, constituirá una red de seguridad en algunos casos en los que las personas no respondan a otras intervenciones de adherencia y requieran un tratamiento asertivo. Sin embargo, este tratamiento debería utilizarse únicamente como último recurso.

Reducción del abuso de sustancias

Mientras que la relación casual entre el consumo de sustancias y el desarrollo de desórdenes psicóticos no pasajeros sigue siendo controvertida, parece que algunas drogas, incluyendo los alucinógenos, anfetaminas o el cannabis, pueden desencadenar el inicio de un desorden psicótico potencialmente crónico en individuos vulnerables (Hall & Solowij, 1997; Mueser, Drake & Wallach, 1998). Puesto que la aparición del abuso de sustancias precede al primer síntoma psicótico positivo en 5 ó 6 años de media (Hambrecht & Hafner, 1996), las estrategias que reducen la experimentación con sustancias o que disminuyen los niveles de consumo de individuos vulne-

rables en la adolescencia tardía pueden constituir componentes muy importantes de intervenciones preventivas.

El abuso de sustancias también es un problema común en personas con desórdenes psicóticos establecidos, mostrando una preponderancia a lo largo de su vidas de aproximadamente el 50% (Regier et al., 1990). El abuso de sustancias comórbidas está ligado a un amplio espectro de consecuencias negativas, que incluye las recaídas y rehospitalizaciones, problemas financieros, sanitarios y legales, domicilio inestable o falta de vivienda, y carga familiar (Drake & Brunette, 1998). Los pacientes jóvenes, varones, solteros y con menores niveles de educación son más proclives a desarrollar desórdenes relacionados con el consumo de sustancias tanto en la comunidad general como entre la población con psicosis (Mueser et al., 2000). La psicosis temprana es, por lo tanto, un período en el que con frecuencia aparecen los problemas relacionados con las sustancias y hay pruebas de que los jóvenes con desórdenes en el espectro de la esquizofrenia pueden encontrarse particularmente en riesgo de que su consumo de sustancias tenga un impacto funcional o sintomático (Kovacs et al., 1997).

Las tasa de consumo de sustancias en las personas que presentan un desorden psicótico son más sensibles a las tendencias de la comunidad en cuanto a las sustancias preferidas y los niveles de consumo (Patkar, Alexander, Lundy & Certa, 1999), de la misma manera en que, de hecho, lo son las tasas de consumo de drogas recreativas en adolescentes vulnerables. Desgraciadamente, parece que el sustancial incremento en el consumo de drogas durante los últimos 40 años no presenta signos de invertirse, y probablemente aún no haya alcanzado el punto máximo (Instituto Australiano de Saludo y Bienestar, 1999). Por lo tanto, es probable que las intervenciones que tratan el abuso de sustancias de jóvenes en riesgo de psicosis o que están experimentando un primer episodio psicótico serán aplicables a una gran proporción de estos grupos y serán un importante factor de las consecuencias subsiguientes.

Prevención del trauma y manejo del estrés postraumático

Un estudio reciente mostró que casi todos los pacientes con algún desorden mental tuvieron un historial de

exposición al trauma, y en una proporción sustancial, esta exposición tuvo lugar en su infancia (Mueser, Goodman, et al., 1998). El desorden de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) estaba presente en un 43% de la muestra. Algunos estudios diferentes han mostrado de manera similar altas tasas de PTSD en pacientes con algún desorden mental (por ejemplo, Cascardi et al., 1996; Craine et al., 1988; Switzer et al., 1999). Los acontecimientos negativos de la vida están asociados con un incremento del riesgo de síntomas psicóticos positivos en el mes subsiguiente (Bebbington & Kuipers, 1992; Brown & Birley, 1968), y provocan una ansiedad en el momento o disforia que hubiera merecido tratamiento por derecho propio (Mueser, Goodman et al.). Las reducciones en el nivel de los agentes estresantes o en el nivel de la subsiguiente angustia pueden ser muy importantes, particularmente para individuos que se sabe que están en alto riesgo o que han sufrido un episodio inicial.

Los episodios psicóticos pueden ser por ellos mismos muy traumáticos, desde el punto de vista de los síntomas tanto en el incremento de la vulnerabilidad a agredir, como en la manera en que se trata a la persona (McGorry et al., 1991). Un importante objetivo secundario de prevención es la atención a la minimización del estrés durante el episodio inicial.

Depresión y suicidio

Los episodios de depresión son comunes en la adolescencia (Bailly et al., 1992; Cooper & Goodyer, 1993). La depresión es aún más común en personas con psicosis: por ejemplo, la experimentan más de dos tercios de los esquizofrénicos en un periodo de dos años y es más proclive a presentarse durante los periodos prodrómicos y en los de los episodios de recuperación (Johnson, 1981). La muy alta preponderancia de la depresión comienza en el episodio psicótico inicial (Koreen et al., 1993). Una de las razones de la depresión tras los episodios psicóticos iniciales parece ser una reacción a la diagnosis y la ocurrencia del episodio. Como en otros contextos en los que se desencadenan el dolor o la pérdida, el paciente y su familia se encuentran con el conflicto que se sitúa entre preservar el humor y encarar los desafíos que plantea el evento (Kavanagh, 1990). Si la persona rechaza aceptar la

diagnosis o evita lo que se lo recuerda (cfr. McGlashan, Wadeson, Carpenter & Levy, 1977), el peligro radica en que puede no obtenerse o adherirse a la terapia apropiada. Por otro lado, si la persona intenta tratar con el enorme potencial de los desafíos a los que ahora se enfrenta, está en peligro de que le abrumen el desánimo o la desesperación. El humor depresivo socava la motivación y la autoeficacia (Kavanagh, 1992c), reduciendo la capacidad para responder a las exigencias funcionales. Las intervenciones necesitan tener en cuenta este dilema y asistir a los jóvenes tanto para mantener el humor eutímico como para adherirse a un tratamiento crítico (Jackson et al., 1998).

Entre los muchos problemas asociados con la depresión en los desórdenes psicóticos está un mayor riesgo de suicidio (Drake & Cotton, 1986). Los intentos de suicidio y los que se llevan a término son comunes en ambos desórdenes bipolares (Simpson & Jamison, 1999) y en la esquizofrenia (Westermeyer, Harrow & Marengo, 1991). En la población general, el suicidio es un problema significativo de los 16 a los 24 años. Una media tomada en 32 países mostraba unas tasas de 20,4 por 100.000 en jóvenes varones y de 4,7 por 100.000 en jóvenes mujeres (Organización Mundial de la Salud, 1996). Aunque los hombres tienen mayores tasas de suicidio llevado a cabo, las mujeres lo intentan, por lo general, con más frecuencia (Ferguson & Linskey, 1995). En concordancia con las tendencias de la población general, el riesgo de suicidio alcanza la cima en los primeros 5 a 6 años de un desorden psicótico, en hombres y en pacientes que abusan de sustancias (Simpson & Jamison, 1999; Westermeyer et al., 1991). Por lo tanto, el riesgo de suicidio representa un objetivo crítico en la psicosis temprana.

Preservación de opciones vocacionales

Tal y como se puso de manifiesto mediante su inclusión en los criterios de diagnóstico de los desórdenes (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), los problemas en el funcionamiento laboral son un distintivo de la esquizofrenia. El comienzo de la esquizofrenia está asociado generalmente a un abandono de los estudios prematuro (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995) y un pronunciado declive en el estatus laboral y

socioeconómico (Aro, Aro & Keskimäki, 1995). Las tasas de empleo competitivo en el campo de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves tienden a ser bajas, según las estadísticas el abanico es del 10% al 20% (Anthony & Blanch, 1987; Brekke, Levin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993; Rogers, Anthony & Jansen, 1988). Los estudios indican que la mayoría de las personas con enfermedades mentales graves en paro desean encontrar un trabajo (Mueser, Salyers & Mueser, 2001; Rogers et al., 1988), y el tiempo de trabajo por semana es uno de los objetivos más fuertes a la hora de predecir la satisfacción vital (Lehman, 1988).

La psicosis temprana representa un período importante para afrontar los problemas de educación y empleo. El inicio de desórdenes como la esquizofrenia interrumpen generalmente la preparación educacional de una carrera, especialmente en los hombres (que tienden a tener un inicio más temprano del desorden, Gureje, 1991). Aunque los datos son escasos, las instituciones educacionales parecen manifestar una capacidad variable para incluir y apoyar a las personas con psicosis. El desorden también dificulta el desarrollo de un historial de trabajo estable. Cuando los niveles de desempleo en los jóvenes son altos en toda la población, se pueden encontrar problemas particulares para los individuos cuya psicosis ha interferido en el desarrollo de su trabajo o ha causado la pérdida del mismo. Por consiguiente, las estrategias para prevenir el fin prematuro de la educación y una pérdida temprana del trabajo son de vital importancia a la hora de promover a largo plazo empleos remunerados y opciones funcionales relacionadas.

Apoyo familiar

Un ambiente familiar trastornado durante la adolescencia y la primera etapa adulta incrementa el riesgo en personas con riesgo genético de psicosis (Tienari et al., 1994), de la misma manera que un ambiente familiar estresante tiene un impacto en futuras consecuencias (Butzlaff & Hooley, 1998; Kavanagh, 1992b). La crianza de los hijos también tiende a tener un impacto indirecto en los resultados. Por ejemplo, una crianza coercitiva o una tutela inadecuada en la infancia y adolescencia tiende a incrementar el riesgo a desarrollar

problemas de abuso de sustancias en grupos prepsicóticos, de la misma forma en que lo hace en la población general (Hops, Andrews, Duncan, Duncan & Tildesley, 2000). El apoyo y la educación de los padres proporciona un foco potencialmente importante tanto para la prevención primaria como para la secundaria.

Muchos pacientes con psicosis continúan viviendo en casa o mantienen altos niveles de contacto con su familia (Barrelet, Ferrero, Szigethy, Giddey & Pellizzer, 1990), lo que sugiere que el trabajo familiar tiene el potencial de involucrar a los familiares en el tratamiento en curso del desorden. La carga de sobrellevar una enfermedad mental grave en casa es considerable (Hatfield & Lefley, 1987, 1993) y los familiares a menudo necesitan información relevante, asistencia práctica y habilidades de resolución de problemas para tratar con estos retos diarios. La emoción expresada por las familias en el primer episodio tiende a ser menos predictiva de una subsiguiente recaída (Barrelet et al., 1990; Macmillan, Crow, Johnson & Johnstone, 1986; Stirling, Tantam, Thonks, Newby & Montague, 1991) que las valoraciones de los entornos familiares en episodios posteriores (Kavanagh, 1992b). Esta diferencia refleja probablemente, tanto la inclusión de individuos resilientes -que no son proclives a tener más episodios sin que importe su entorno vital- como un grado de plasticidad inicial en las respuestas de otros a la psicosis (Kavanagh). Esto sugiere que los episodios tempranos pueden ofrecer una ventana crítica a la intervención preventiva con familiares y personas responsables.

Mantenimiento y desarrollo de habilidades sociales y redes sociales

Se pueden observar déficits significativos en el ejercicio de las relaciones sociales en la psicosis temprana (Macdonald, Jackson, Hayes, Baglioni & Madden, 1998). Como sucede con las condiciones crónicas, algunos de estos déficits parecen ser resultado de unos problemas en el procesamiento de la información (Ikebuchi, Nakagome & Takahashi, 1999; Mueser, Blanchard & Bellack, 1995), aunque la depresión y los síntomas negativos pueden estar involucrados también en el compromiso social y en el funcionamiento de las

relaciones sociales (Lysaker, Bell, Zito & Bioty, 1995; cfr. Mueser, Kosmidis & Sayers, 1992). Incluso después de un único episodio esquizofrénico, las redes sociales son más pequeñas, menos recíprocas y menos multifuncionales que aquéllos de su misma edad no afectados (Erickson, Beiser, Iacono, Fleming & Lin, 1989; Tolsdorf, 1976). Las redes sociales más pequeñas fuera de la familia se asocian con consecuencias funcionales y sintomáticas subsiguientes más pobres (Erickson et al., 1989), aunque no está claro que sean responsables de tal efecto. Se comprende bastante poco los procesos relacionados con la restricción de redes, pero probablemente incluyan el abandono social y los déficits en las relaciones sociales (Macdonald et al., 1998), junto con la estigmatización y la conducta contranormativa (Lipton, Cohen, Fischer & Katz, 1981). Con el tiempo, una pérdida de relaciones también puede relacionarse con una pérdida gradual de los intereses y actividades comunes, mientras los compañeros se sitúan en nuevos contextos educacionales o vocacionales y forman familias. Un programa para promover redes sociales fuertes debe por lo tanto tratar el estatus funcional completamente y cubrir el desarrollo de nuevas relaciones, así como retener las ya existentes.

Tratamientos cognitivos y conductuales que pueden aplicarse a psicosis tempranas

Intervenciones basadas en la contingencia

Una estrategia para promover la asistencia o adherencia a programas y fomentar los intentos de adquisición de habilidades o relaciones funcionales, es la de incrementar los incentivos externos para estas conductas. Algunos de los éxitos más espectaculares de la terapia conductista se han logrado mediante la aplicación de procedimientos basados en el refuerzo para incrementar la conducta funcional de pacientes crónicamente institucionalizados (Ayllon & Azrin, 1968; Kazdin, 1982; Paul & Lentz, 1977). Muchas de las personas de estos estudios tenían daños funcionales graves, y algunos se quedaban inicialmente mudos y dependían de los otros para su cuidado personal. Los acercamientos basados en el refuerzo también han demostrado en estudios de casos

singulares una capacidad para atenuar las conductas socialmente inapropiadas como el discurso delirante o la respuesta a voces (Ayllon & Haughton, 1964; Kennedy, 1964; Liberman, teigan, Patterson & Baker, 1973; Nydegger, 1972). Mientras que muchas de estas intervenciones se centran en adultos, algunos estudios han aplicado con éxito los mismos procedimientos a niños y adolescentes con esquizofrenia (Kaur, Rao & Srinivasa, 1977; Ney et al., 1971; Varni, Russo & Cataldo, 1978), con autismo (Durand & Crimmins, 1987; Ferster, 1961) o con retraso mental (Repp & Deitz, 1974).

Estos tempranos acercamientos tenían limitaciones. Por ejemplo, la frecuencia de conducta socialmente inapropiada descendía, pero aún había pocas pruebas de generalización de estímulos o de una verdadera reducción de síntomas (Liberman et al., 1973). Una dependencia en refuerzos externos para afrontar o bien los síntomas o bien las conductas funcionales, tenía la desventaja de extinción cuando se prescindía del reforzador (Bulow, Oei & Pinkey, 1979; Davis, wallace, Liberman & Finch, 1976; Paul & Lentz, 1977). Mientras que en las últimas versiones de estos acercamientos intentaban construir refuerzos naturales y auto-refuerzos (Kazdin, 1982), el mantenimiento de la actuación en individuos con mayores discapacidades, a menudo requiere del desarrollo de ambientes sistemáticamente reforzados en la comunidad que pudieran continuar operando indefinidamente (Paul & Lentz).

Los programas basados en contingencias están menos de moda actualmente, probablemente debido a la necesidad que se percibe de un tiempo adicional de personal y las preocupaciones sobre el manejo coercitivo de personas con psicosis. Sin embargo, se debería considerar aún el contrato individual, especialmente para adolescentes sin motivación, anergia o depresión, con los que el contrato negociado está relacionado con objetivos seleccionados por ellos mismos, y que deriva en la adquisición de habilidades cuya posterior aplicación estará intrínsecamente o naturalmente reforzada. La construcción de entornos con un alto grado de incentivos externos puede también ayudar al tratamiento de adolescentes con minusvalías neurológicas.

Tratamiento del caso asertivo

Otra estrategia para promover un tratamiento apropiado que responda a los síntomas con altos niveles de actividad funcional, consiste en proveer de servicios asertivos en el entorno natural. Este tipo de estrategia también maximiza las habilidades transferidas a contextos de actuación relevantes. El modelo de tratamiento asertivo en la comunidad (ACT, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de casos se desarrolló en los años setenta por Stein y Test (1980), con objeto de responder a los problemas de las exacerbaciones de síntomas frecuentes y las rehospitalizaciones en muchas personas con esquizofrenia y otras graves enfermedades mentales que vivían en la comunidad (por ejemplo, el paciente “de puerta giratoria”). Al desarrollar el modelo ACT, Stein y Test observaron que muchos pacientes con graves enfermedades mentales eran incapaces de orientarse en la complicada comunidad del sistema de salud mental y utilizaban muy poco los centros de salud mental locales de la comunidad. El modelo ACT se diseñó como un acercamiento al tratamiento que cambiaba la ubicación del tratamiento a un lugar lejos del centro de salud mental, por los propios entornos naturales donde vive el paciente, incluyendo sus apartamentos, restaurantes locales, parques y la calle. Al proveer la mayor parte de los servicios en la comunidad, el problema de la escasa conformidad con la medicación y la falta de seguimiento psiquiátrico se minimizaba enormemente. A pesar de que el enfoque ACT no era específicamente conductista en su origen teórico, este aspecto de entrenamiento de habilidades en el entorno natural, con un uso extensivo de modelación, tutorización y recompensa del éxito, ejemplifica muchas características de un intenso programa sociocognitivo (Bandura, 1986). El programa ACT se distingue del tratamiento de casos tradicional de la siguiente forma: mayor proporción paciente-personal (1:10 en ACT contra 1:30 o más en el tratamiento de casos estándar), provisión de servicios en los escenarios propios del paciente, provisión de la mayor parte de los servicios por un equipo ACT en vez de delegarlos en otros, disponibilidad durante las 24 horas y compartir las cargas del caso entre todos los miembros del equipo ACT (en vez de que cada médico

tenga que hacerlo de una carga individualmente; Allness & Knoedler, 1998; Stein & Santos, 1998).

ACT es una de las estrategias más ampliamente investigadas y con más éxito de intervención para las personas con esquizofrenia. Se han dirigido más de 30 ensayos controlados de ACT y los resultados demuestran que tiene éxito al decrecer el tiempo que se pasa en el hospital; mejorar la estabilidad de la vivienda en la comunidad; decrecer la gravedad de los síntomas y las recaídas; y mejorar la calidad de vida subjetiva del paciente (Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998). Los programas ACT no han mejorado consecuentemente el funcionamiento social o el funcionamiento vocacional. Los pacientes más proclives a beneficiarse del ACT han sido aquellos con un historial de hospitalizaciones frecuentes o con daños psicosociales graves que requerían asistencia en todo momento para vivir en la comunidad. Esto implica que el ACT puede ser menos crítico con las consecuencias de los jóvenes con buenos ajustes premórbidos y de respuesta al tratamiento, que con aquéllos que ya mostraban daños cognitivos sustanciales y funcionales. Sin embargo, el fuerte componente de promoción de servicios del ACT sugiere que puede tener una utilidad especial para comprometer a los jóvenes con psicosis para que sigan un tratamiento y asegurarse de que reciben la medicación, que tan importante es a la hora de contener las primeras crisis psicóticas.

Promoción de la adherencia a la medicación

Las estrategias conductistas pueden también mejorar la adherencia a la medicación antipsicótica. Un conjunto de estrategias se centra en los problemas de memoria, ajustando las tomas a los horarios de las rutinas personales de los pacientes. Una intervención de estas características puede ofrecer una mejor adherencia a la medicación que la psicoeducación por sí sola (Boczkowski, Zeichner & De Santo, 1985). Recientemente, este tipo de ajuste horario al entorno se ha suplementado con el uso de tapas electrónicas en los frascos de las medicinas que muestran cuando se tomó la última dosis y cuando se debe tomar la siguiente

(Cramer & Rosenheck, 1999). Estos mecanismos también ofrecían información para las revisiones médicas siguiendo las pautas de la medicación suministrada desde la última revisión. En un ensayo controlado, la combinación de estos métodos de ajuste horario al entorno y los métodos electrónicos, incrementó en un mes la conformidad de un 68% a un 81% en un grupo controlado. El ACT puede suplementar potencialmente otras conductas de ajuste y proveer refuerzos sociales para una adherencia con éxito. Un ensayo no controlado del ACT en adultos que carecían de vivienda y con enfermedades mentales graves fue capaz de incrementar la conformidad con la medicación de un 29% a un 57% en 3 meses y de mantener altos niveles de conformidad durante 12 meses (Dixon, Weiden, Torres & Lehman, 1997).

Un enfoque alternativo aplica técnicas de ampliación motivadoras (Miller & Rollnick, 1991), junto con intervenciones educativas, de resolución de problemas y cognitivas para los síntomas psicóticos (Kemp, Hayward & Applewhaite, 1996). Dicho enfoque producía 6,3 veces la tasa de mejora de un nivel de criterios de conformidad según sucedía en los controles de postratamiento, y 5,2 veces la tasa comparada en un seguimiento de 6 meses (Kemp et al., 1996). Se mantuvo durante 18 meses una alta tasa de conformidad y se retrasó significativamente el tiempo de readmisión hospitalaria (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward & David, 1998). Un aspecto del enfoque motivacional sería, por supuesto, el asegurarse de que la medicación y la dosis habían demostrado tener efectos positivos en los síntomas de inquietud personal y tener un pequeño impacto negativo. Podrían aplicarse técnicas similares para una variedad de objetivos de adherencia distintos, incluyendo la compleción de las tareas cognitivas o conductuales asignadas. Sin embargo, carecemos de ensayos controlados sobre el impacto de dichas aplicación en la psicosis. Tampoco hay ensayos controlados sobre las conductas o motivaciones de ajuste para la promoción de tratamientos de adherencia en las etapas prodrómicas o tempranas de la psicosis, excepto como componente de otras intervenciones (McGorry et al., 1996).

CBT para síntomas psicóticos

Durante los últimos 10 años, han surgido dos CBT

fundamentales para las alucinaciones. Existe un enfoque que se centra en la combinación de estrategias de control de estímulos e incrementando la frecuencia de métodos más efectivos (Coping strategy enhancement; Tarrier et al., 1993), armado con la información de las estrategias que los pacientes emplean espontáneamente para encarar las alucinaciones (Falloon & Talbot, 1981). Un segundo enfoque argumenta que la angustia de las alucinaciones surge primero de su contenido, del mensaje percibido o de las creencias sobre éstas más que de la experiencia perceptual en sí misma, y, por lo tanto, se centra en la terapia cognitiva (Birchwood, Chadwick & Trower, 1996).

La terapia cognitiva por sí sola o en combinación con una estrategia de afrontamiento (coping) ampliada parece tener un mejor resultado que los cuidados estándares para el manejo de síntomas positivos resistentes al tratamiento (Kuipers et al., 1998; Tarrier, Wittkowski et al., 1999). Algunos estudios también encontraron que era más efectivo que los controles de terapia de atención o de apoyo (Sensky et al., 2000; cfr. Tarrier et al., 1998). La terapia cognitiva que se combina con la intervención familiar y las actividades recreativas es también más efectiva para el tratamiento del paciente hospitalizado con episodios psicóticos agudos (Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996) que un programa de actividades lúdicas por sí solo. Las reducciones diferenciales en los síntomas positivos pueden demostrarse tanto a las 12 semanas como a los 9 meses de seguimiento.

Las aplicaciones de los acercamientos psicológicos para intervenciones tempranas de psicosis todavía están en una etapa preliminar. Un ensayo a pequeña escala del CBT para síntomas positivos contra consejos de apoyo reveló que no había efectos diferenciales en los síntomas tanto tras el tratamiento como a los 2 años de seguimiento (Haddock et al., 1999). El grupo CBT presentaba un período de tiempo mayor para la recaída sintomática y menos participantes que recaían, pero mostró una duración menor en el tiempo de readmisión. Un ensayo no aleatorio examinó una terapia cognitiva que se proponía promover la adaptación a la psicosis y la prevención de la morbilidad secundaria (Psicoterapia orientada cognitivamente para la psicosis temprana –COPE, por

sus siglas en inglés; Jackson et al., 1998). La COPE producía una mejor integración cognitiva y un mejor entendimiento de la experiencia psicótica, y mejoraba la calidad de vida en comparación con un control de la enfermedad. Sin embargo, el grupo de control mostraba mayor reducción de la depresión que la COPE. Estos resultados preliminares sugieren que es necesario tener precaución a la hora de implementar el CBT en la psicosis temprana: todavía no se ha establecido la eficacia del CBT para los síntomas psicóticos en la psicosis temprana, y un resultado no deliberado con intentos de promover la adaptación podría acentuar la conciencia de la pérdida.

Abuso de sustancias

La revisión de la literatura de los enfoques tradicionales del tratamiento de la comorbidad que empleaba tanto tratamientos secuenciales (tratamiento de un desorden seguido por el tratamiento de otro) como tratamientos paralelos (tratamiento de ambos desórdenes simultáneamente por diferentes médicos) sugiere que ambos enfoques son ineficaces (Ridgely, Goldman & Willenbring, 1990). En respuesta a los fallos de los enfoques de tratamiento tradicionales, durante la pasada década emergieron una variedad de modelos de tratamientos integrados de comorbidad (Mueser & Kavanagh, 2001). El uso de intervenciones orientadas hacia los estados motivacionales de los pacientes es común en estos modelos, un tratamiento amplio que afronta todo el abanico de necesidades diferentes (esto es, sociales, vocacionales o de vivienda), un asesoramiento asertivo para comprometer a los pacientes en el tratamiento y seguir el curso de sus desórdenes a lo largo del tiempo, una perspectiva a largo plazo que reconoce que el abuso de sustancias, como las enfermedades mentales graves, es a menudo un desorden crónico, de recaída, que requiere un tratamiento continuo. La investigación controlada sugiere que el tratamiento integrado del abuso de sustancias en las enfermedades mentales graves resulta en una mayor tasa de remisión de un abuso sostenido de sustancias que el enfoque del tratamiento tradicional (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998).

Pocas aplicaciones del CBT para el abuso de subs-

tancias comorbidas y la psicosis han tenido como objetivo individuos con psicosis precoz; y eso a pesar del hecho de que los adolescentes y los jóvenes adultos se encuentran en el riesgo particular de un desorden comorbido (Mueser et al., 2000). Una excepción es una breve intervención que se ha probado recientemente en un ensayo controlado a pequeña escala (Kavanagh et al., 2001). Esta intervención aplica los principios de mejora motivacional (Miller & Rollnick, 1991) a pacientes hospitalizados con psicosis temprana, y la asistencia para solucionar los problemas en las primeras etapas de sus intentos por controlar el abuso de sustancias. Todos aquellos que participaron más allá de una fase inicial de construcción de una relación de comunicación mostraron una reducción de los problemas relacionados con las sustancias en 6 meses, pero más de un tercio de los que seguían cuidados estándares no mejoraron (Kavanagh et al.). Mientras que la formación de principios de relaciones de comunicación sigue siendo un reto, este pequeño ensayo proporcionaba resultados esperanzadores sobre la viabilidad de tales intervenciones en la psicosis temprana. Las tendencias futuras probablemente incluirán la intervención precoz o la prevención de problemas relacionados con las sustancias en grupos de alto riesgo -mediante la utilización de estrategias desarrolladas en poblaciones adolescentes generales (D'Amico & Fromme, 2000; Dimeff & McNeely, 2000)-, y un crecimiento en programas para la dependencia de la nicotina.

Intervención por ansiedad

La ansiedad es un problema común en personas que padecen desórdenes psicóticos. Recientemente, se ha producido un incremento de la atención a los CBT para la ansiedad en esta población, con los informes de un ensayo controlado sobre la ansiedad social (Halperin, Nathan, Drummond & Castle, 2000) y un estudio múltiple de casos sobre el pánico (Hofmann, Bufka, Brady, Du Rand & Goff, 2000).

La creciente conciencia del problema del trauma y del PTSD en enfermedades mentales graves (Goodman, Rosenberg, Mueser & Drake, 1997; Mueser, Goodman, et al., 1998) ha llevado al desarrollo de algunas interven-

ciones diseñadas para tratar estos problemas. Harris y sus compañeros de trabajo (1998) han creado un enfoque de amplia gama para mujeres con un historial traumático que, en las primeras etapas, incluye la psicoeducación, reajuste e instrucción en habilidades de solución de problemas, y posteriormente trata de ayudarlas a afrontar los recuerdos traumáticos y a desarrollar una mejor confianza y creencia en ellas mismas. Rosenberg et al. (en artículo) han desarrollado algunas intervenciones para el tratamiento del PTSD, incluyendo una breve intervención psicoeducacional (de 3 sesiones), un programa individual cognitivo-conductual (de 16 sesiones) y un programa de grupo (de 21 sesiones). Los dos últimos programas se basan en la psicoeducación y las habilidades de enseñanza cognitiva reestructurales. Tanto la intervención de Harris como la de Rosenberg han sido pilotadas, pero todavía no se ha completado ningún ensayo controlado. Predecimos un crecimiento substancial en la investigación de este área durante los próximos años.

Intervenciones para la depresión y la prevención del suicidio

A pesar de la importancia del tratamiento de la depresión y la prevención del suicidio en personas con psicosis, parece ser que no se ha publicado ningún ensayo específico y controlado de CBT si bien la depresión sí se incluye generalmente como un objetivo del tratamiento en el CBT para síntomas residuales (Fowler, 2000). Se han desarrollado algunos programas cognitivo-conductuales para ambos problemas (Jiang et al., 1998; McGorry, Henry & Power, 1998) y hay algunos estudios de casos que informan de resultados positivos al utilizar estrategias conductuales (O'Brien, 1978; O'Farrell, Goodenough & Cutter, 1981). Las modificaciones de tanto las terapias conductistas (Zeiss, Lewinsohn & Munoz, 1979) como de las cognitivas para la depresión (Fowler) parecen poder ser efectivas en esta población. Las estrategias para renovar actividades de ocio pasadas puede ser de especial importancia.

Apoyo laboral y re acceso a la educación

Los enfoques tradicionales para la rehabilitación vocacional de personas con enfermedades mentales gra-

ves se ha centrado en la evaluación extensiva y en el entrenamiento de las habilidades en el lugar de trabajo, y en el uso de talleres de readaptación como un acercamiento graduado para el objetivo final de trabajo competitivo. Estos programas se basan en el principio de "tren-sitio" debido a su énfasis en que el paciente cambie antes de buscar un sitio de trabajo competitivo. Desgraciadamente, a pesar de la amplia disponibilidad de programas "tren-sitio", la investigación de estos programas indica que fallan a la hora de mejorar los resultados de competitividad laboral (Bond, 1992). Durante la pasada década, el reconocimiento de la ineffectividad de los enfoques tradicionales para la rehabilitación vocacional llevó al desarrollo de modelos de apoyo laboral para personas con enfermedades mentales graves.

La esencia del enfoque de apoyo laboral se centra en ayudar a los pacientes a obtener trabajos competitivos rápidamente, y provee de apoyos de seguimiento para facilitar el éxito en el trabajo. De ahí que nos refiramos a estos programas como "sitio-tren" porque en ellos se enfatiza primero el conseguir un trabajo rápido. Se ha desarrollado una amplia variedad de diferentes modelos de apoyo laboral que comparten asunciones y métodos comunes. El programa más rigurosamente articulado, y más ampliamente investigado, es el programa de apoyo y de colocación individual (IPS, por sus siglas en inglés) (Becker & Drake, 1994). El programa IPS se basa en los siguientes principios: (a) énfasis en el trabajo competitivo, con salarios competitivos, en escenarios integrados; (b) asesoramiento prevocacional breve y una búsqueda rápida de trabajo; (c) atención a las preferencias del paciente en cuanto al tipo de trabajo y al entorno, y si se revela o no la minusvalía psiquiátrica al empleador; (d) seguimiento indefinido de apoyo tras la colocación; (e) la mayoría de los servicios los provee la comunidad, no la clínica; (f) los especialistas laborales únicamente prestan servicios laborales, y no un tratamiento general del caso; (g) la rehabilitación vocacional se integra con el tratamiento clínico, en el que los especialistas laborales funcionan como miembros de un equipo de tratamiento interdisciplinar.

Una revisión de la investigación en los programas de

apoyo laboral que incluía seis ensayos controlados al azar (dos de IPS) halló que las tasas de competitividad laboral eran significativamente mayores en los pacientes que recibían apoyo laboral (58%), en comparación con los pacientes que recibían servicios vocacionales estándares (21%; Bond, Drake, Mueser & Becker, 1997). Una reseña más reciente incluía dos ensayos controlados al azar adicionales de ayuda laboral (ambos programas IPS), ambos mostraron unos resultados laborales superiores para los de apoyo laboral en comparación con otros programas (Bond, Becer et al., 2001). Por lo tanto, los programas de apoyo laboral son efectivos a la hora de mejorar los resultados vocacionales, y pueden tener importantes implicaciones para minimizar los obstáculos asociados con los primeros brotes de psicosis o psicosis precoz.

La mayoría del trabajo sobre el apoyo laboral se centra en adultos, con desórdenes psiquiátricos bien establecidos que han estado fuera del mercado laboral durante periodos de tiempo considerables. Pueden requerirse adaptaciones especiales para mejorar los resultados laborales de los jóvenes que hayan desarrollado recientemente una psicosis. Debido a los efectos que la psicosis tiene en la interrupción de la compleción de la educación (Kessler et al., 1995), los esfuerzos para volver a comprometer a los pacientes en la persecución de sus objetivos educacionales (es decir, apoyo educacional) pueden tener compensaciones a largo plazo. Este puede ser especialmente importante en lo relacionado con la naturaleza del trabajo conseguido y el salario, ya que el nivel educacional es un importante predictor de la competitividad laboral en la esquizofrenia (Mueser et al., 2001).

Mientras que la psicosis interfiere frecuentemente con la educación, no hemos encontrado ensayos controlados de CBT para la promoción del aprendizaje o de la integración escolar. Los estudios de casos con niños psicóticos sugieren que objetivos como el control de conductas perturbadoras y la solicitud de asistencia juegan un importante papel (García, 1988). Sin embargo, hay una clara necesidad de intervenciones cognitivo-conductistas para adolescentes y jóvenes adultos que ayuden a manejar los problemas de atención y motiva-

ción y con las relaciones sociales. Un enfoque similar podría aplicarse a la educación y al empleo, mediante la prestación de apoyo y entrenamiento en el entorno de la escuela o de la universidad. Un asunto clave en la prevención de recaídas durante la reentrada en la educación probablemente será la necesidad de minimizar la angustia y prestar apoyo, especialmente en periodos difíciles como la época de exámenes (Drake & Sederer, 1986). Un segundo asunto importante es que se debería extenderse la reintegración en el entorno de la escuela anterior. La reintegración puede permitir tener una mejor oportunidad para mantener la relaciones anteriores, pero nuestra experiencia con minusvalías relacionadas con el desarrollo sugiere que la total integración no garantiza por sí misma la aceptación social (Santich & Kavanagh, 1997).

Intervención familiar

Durante los últimos 15 años la intervención para la esquizofrenia ha sobresalido como una de las más potentes intervenciones psicosociales que hay disponibles en la actualidad. Se ha desarrollado una amplia variedad de modelos de tratamiento diferentes para las familias de personas con esquizofrenia, incluyendo programas que por naturaleza son educacionales y de apoyo (Kuipers, Leff & Lam, 1992); otros son cognitivo-conductuales (Barrowclough & Tarrier, 1992; Falloon, Boyd & McGill, 1984; Kavanagh, 1992a; Mueser & Glynn, 1999), mientras que otros aún se basan en enfoques modificados de sistemas familiares (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986). Además de las diferencias en la orientación teórica, los modelos de intervención familiar también varían en su lugar de tratamiento (ya sea en la clínica o en el domicilio), el formato (familias solas en oposición a grupos familiares; McFarlane et al., 1995) y la duración del tratamiento (limitada en el tiempo en oposición a ilimitada). A pesar de las diferencias a través de los modelos de intervención familiar, los programas de tratamiento efectivo comparten un número de características comunes. Los programas generalmente son a largo plazo, entre 9 meses y 2 años o más de tratamiento familiar, y los programas con una duración superior a 3 meses parecen tener efectos medios más fuertes en los resultados

de los pacientes (Pitschel-Walz, Leucht, Baeuml, Kissling & Engel, 2001). Sin embargo, los programas más cortos pueden tener a veces un impacto clínico significativo (Glick, Clarkin, Haas & Spencer, 1993). Los programas de intervención familiar efectivos dan a los miembros familiares, incluyendo al paciente, información sobre la enfermedad psiquiátrica y los principios de su tratamiento. Estos programas también se centran en mejorar la adherencia a los medicamentos prescritos mientras que disminuyen el estrés de toda la familia. Además, la mayoría de los programas familiares se centran en mejorar el funcionamiento de todos los miembros, no sólo el del paciente.

Se han dirigido más de 20 estudios controlados para pacientes externos con esquizofrenia examinando los efectos del tratamiento familiar de al menos 6 meses en la acumulación de recaídas y las tasas de rehospitalización durante más de 2 años (Falloon, Held, Coverdale, Roncone & Laidlaw, 1999). La abrumadora conclusión de estos estudios es que la intervención familiar en entornos altamente emocionales atenúa la recaída y los efectos de la rehospitalización. Algunos datos menos consistentes sugieren que el tratamiento familiar tiende a atenuar la carga familiar y a tener un modesto impacto en la mejora del funcionamiento social del paciente. Un estudio sobre la intervención familiar en oposición a la individual en la psicosis precoz no halló ningún beneficio adicional para los pacientes de la intervención familiar (Linszen et al., 1996), pero ese estudio no incluía en su selección la emoción expresada en las familias. Se requieren más datos sobre la aplicación de la intervención familiar a la psicosis precoz. La intervención familiar universal de la psicosis temprana podría intentar proveer de información, reducir la angustia, promover la empatía por el paciente y sugerir estrategias de afrontamiento que puedan utilizarse si los síntomas se repiten. Una intervención así necesitaría ser breve para contener su coste y debería asegurar que no exacerba la angustia del paciente o de los familiares. Se puede ofrecer un entrenamiento de las habilidades en los casos en los que haya déficits demostrables en las habilidades de afrontamiento claves, e intervenciones más extendidas en las situaciones en las que la emoción

expresada se vuelve evidente.

Intervenciones para promover el ajuste social

El entrenamiento de las habilidades sociales ha tenido un notable éxito a la hora de mejorar la actuación social de las personas con esquizofrenia (Lieberman, Mueser & Wallace, 1986; Wallace & Lieberman, 1985), aunque el impacto en el funcionamiento de la comunidad no siempre ha sido substancial (Benton & Schroeder, 1990; Hayes, Halford & Varghese, 1991, 1995). Los estudios controlados recientes sobre el entrenamiento de habilidades sociales sugieren que tiene éxito a la hora de mejorar el funcionamiento social de los pacientes en la comunidad, pero que tiene poco efecto sobre las recaídas y las rehospitalizaciones (Lieberman et al., 1998; Marder et al., 1996). Las investigaciones recientes sobre el entrenamiento de las habilidades sociales indica que listar “los apoyos indígenas” de la comunidad para provocar que se utilicen las habilidades que son objetivo en situaciones que ocurren naturalmente mejora el impacto del funcionamiento social (Tauber, Wallace & Lecomte, 2000). Para los individuos con una primera aparición de psicosis, los miembros de la familia pueden proveer de un valioso apoyo al ayudar a los pacientes a practicar las habilidades recién aprendidas en escenarios reales.

Algunos déficits en el comportamiento social parecen ser debidos a deficiencias en el procesamiento de la información (Ikebuchi et al., 1999; Mueser et al., 1995). El entrenamiento de las habilidades sociales estándares no se dirige directamente a estos déficits y el presente de la disfunción cognitiva significativa limita los beneficios del entrenamiento (Lysaker et al., 1995; Muesler, Bellack, Douglas & Wade, 1991) o por lo menos aminora la tasa de adquisición de habilidades (Smith, Bellack & Lieberman, 1996). Los pacientes con déficits cognitivos realmente se benefician del entrenamiento de habilidades, pero puede necesitarse un entrenamiento más intensivo o prolongado para que se acumulen beneficios substanciales.

También hay un alcance substancial para utilizar un CBT para mantener o incrementar el tamaño y la

multiplicidad funcional de las redes sociales en la psicosis temprana (McGorry et al., 1996). Los únicos datos que hay sobre las intervenciones orientadas a redes proceden de estudios de casos múltiples (Kauranen, Seikkula & Alakare, 2000), pero anticipamos que este trabajo se desarrollará rápidamente.

Oportunidades adicionales para el CBT

Ya se han detallado un buen número de oportunidades para la aplicación de estrategias existentes para la psicosis precoz. Hay que destacar dos áreas adicionales que examinaremos especialmente.

Programas preventivos

Si se puede identificar con exactitud a los individuos que están especialmente en alto riesgo (Yung et al., 1998), hay una posibilidad para desarrollar los programas preventivos señalados. Dichos programas ofrecen alguna esperanza en el sentido de que las combinaciones de intervenciones cognitivo-conductistas y la farmacoterapia puedan mejorar los resultados de la psicosis temprana o incluso prevenir su inicio (Falloon, 1992; McGorry et al., 1996; Yung et al., 1996). A pesar de que existe un enorme interés por este área, todavía se encuentra en la etapa de evaluación de programa, más que en la de ensayos controlados de resultados (Falloon; Yung et al., 1996). En las próximas dos décadas probablemente veremos un crecimiento substancial en la cantidad y la sofisticación de la investigación en este área, provocado en parte por los avances en nuestra habilidad para identificar individuos en situación de riesgo genética.

Como ya se ha anotado, algunos cuentos con moraleja sobre la indicada prevención sugieren que la identificación de individuos para programas especiales puede tener resultados negativos para los participantes (McCord, 1978), de la misma manera que la agregación de adolescentes vulnerables (y de ahí la posibilidad de ser modelos negativos, Dishion, McCord & Poulin, 1999). Los enfoques universales pueden potencialmente evitar estos riesgos, si se centran en familias, escuelas o en toda la comunidad. Los programas educacionales universales como la

información para toda la comunidad sobre la psicosis (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum, 2000; McGorry et al., 1996) pueden tanto reducir los estigmas como mejorar la detección precoz de la psicosis. Pero el potencial para los programas preventivos universales es mucho más amplio. Si se da un caso de asociación de la psicosis con entornos estresantes y con el mal uso de sustancias, los programas que mejoran el ajuste de la educación en casa y en la escuela, y que reducen la experimentación en el consumo de sustancias prueban ser beneficiosos para los participantes que estaban en riesgo de psicosis. En los últimos años, ha habido ejemplos notables de programas basados tanto en la familia como en la escuela, que tenían por objetivo la reducción de un desorden conductual (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000) y la prevención de un consumo inadecuado de sustancias (Abbey, Pilgrim, Hendrickson & Buresh, 2000; Loveland-Cherry, Ross & Kaufman, 1999; Spoth, Lopez, Redmond & Shin, 1999). Todavía está por ver que los efectos de tales programas sean suficientemente poderosos para que hagan mella en el riesgo de la psicosis.

Desarrollos tecnológicos en la provisión de tratamientos y ayudas de reacción

Una de las ventajas de los recientes desarrollos tecnológicos es que permiten seguir muchos programas a distancia. Esto es particularmente importante para el acceso a tratamiento en las regiones escasamente pobladas o para el acceso a servicios altamente especializados. Los enfoques de baja tecnología como los manuales de autoayuda o los tratamientos por correspondencia han demostrado ser efectivos para tratar problemas como el abuso de sustancias que se da en la población general (Sitharthan, Kavanagh & Sayer, 1996), pero tales enfoques tienden a presentar dificultades cuando se ha indicado un tratamiento más asertivo. El uso de enfoques multimedia basados en Internet y las consultas en directo que ofrece la telemedicina constituyen oportunidades sin igual para la provisión individualizada y sensible de tratamientos psicológicos a larga distancia (Kennedy & Yellowless, 2000); y en combinación con el apoyo local, estas tecnologías probablemente incrementarán substancialmente el acceso al CBT. La facilidad

y el interés de los jóvenes por la tecnología avanzada y la presencia de procesos cognitivos relativamente intactos en muchas personas con síntomas prodromales o psicosis precoz sugiere que las tecnologías electrónicas pueden tener beneficios especiales en estas poblaciones. Los desarrollos tecnológicos durante los próximos 10 años, incluyendo el mayor ancho de banda en las redes telefónicas (lo que permite un acceso más rápido y una mejor transferencia de vídeo) incrementará notablemente la variedad de tratamientos que puedan ser llevados a cabo parcialmente o en su totalidad mediante un ordenador remoto.

Históricamente, los terapeutas conductuales han adoptado rápidamente los mecanismos técnicos para ayudar al entrenamiento, como el “micrófono en la oreja” que permitía al terapeuta que estaba en una sala de observación efectuar un ajuste en directo (Wolfe et al., 1982), o el uso de dispositivos mecánicos de grabación (Nelson, Lipinski & Boykin, 1978). Los ordenadores de bolsillo o los teléfonos móviles computerizados ofrecen ahora el potencial de ajuste del uso de habilidades de afrontamiento en la reacción con una amplia variedad de situaciones que suceden en escenarios naturales (Cramer & Rosenheck, 1999; Newman, Kenardy, Herman & Taylor, 1997). Es sólo un pequeño paso hacia el punto en el que una petición oral a un ordenador de bolsillo resultará en instrucciones visuales que se le presentarán al paciente en sus gafas o las sugerencias de un auditorio serán entregadas mediante un tapón para el oído. Tales estrategias mejorarán notablemente el entrenamiento para la generalización y la asistencia a la hora de afrontar déficits atencionales (por ejemplo, conservar las huellas de temas de conversación y las agendas). Uno puede incluso imaginar el futuro desarrollo de procedimientos portátiles y seguros para detectar la actividad cerebral que está asociada con las alucinaciones u otros fenómenos psicóticos: un gran avance tal podría permitir avisar a la persona sobre la actividad y el ajuste de técnicas de afrontamiento. Más inmediatas son las mejoras en realidad virtual que asistirán en la generalización de provisión de habilidades, permitiendo la replicación de situaciones para prácticas de habilidades repetidas bajo

condiciones controladas.

Tecnologías como éstas constituyen avances en las ayudas al tratamiento y los sistemas de provisión más que los tratamientos en sí. Serán de gran beneficio en el entrenamiento de personas con déficits cognitivos significativos para que sean capaces de tratar con una amplia variedad de situaciones potenciales, aunque los terapeutas necesitarían claramente evitar las interpretaciones con falsas ilusiones de la experiencia.

Retos en la provisión de servicios durante las próximas décadas

Mientras que los CBT todavía se están desarrollando y aplicando con el mismo entusiasmo que ha marcado el movimiento durante su historia, existen barreras substanciales para que estas terapias se utilicen ampliamente en el tratamiento de la psicosis temprana.

Retos para la diseminación

Con frecuencia se han experimentado problemas en la implementación del CBT a la práctica rutinaria (Kavanagh et al., 1993; Tarrrier, Barrowclough, Haddock & McGovern, 1999) e incluso en los países desarrollados, muchos pacientes no acceden a las intervenciones psicológicas apropiadas para la psicosis (Drake et al., 2001). En un contexto tutelado, se puede obtener un alto grado de adherencia a intervenciones conductuales (Eckman, Liberman, Phipps & Blair, 1990; Liberman & Eckman, 1989) y hay algunos ejemplos de diseminaciones con éxito a larga escala (Sotillo, Rodríguez & Salazar, 1998). La diseminación con éxito parece requerir (a) un entrenamiento suficiente y una práctica supervisada para obtener tanto adquisición de habilidades como una alta autoeficacia (Fadden, 1997; Kavanagh et al., 1993); (b) tareas de terapia que estén a un nivel apropiado para este entrenamiento (por ejemplo, procedimientos altamente manualizados vinculados a un entrenamiento breve y más extensivo para los tratamientos individualizados (Kavanagh, 1994); (c) un balance incentivador que favorece el uso de la estrategia (incluyendo la eficacia del tratamiento perci-

bida, la tutela del terapeuta conductual y los incentivos apropiados (Almeida Neto, Benrimoj, Kavanagh & Boakes, 2000); (d) acceso a fuentes financieras tanto para los recursos médicos como de personal apropiado y (e) políticas y prácticas en la institución y en el sistema de provisión sanitario que apoya el uso rutinario de la estrategia (Baguley et al., 2000; Kavanagh et al., 1993).

Las presiones financieras continuarán presionando el coste

Tales presiones probablemente se evidenciarán de dos maneras: un continuo empuje por la involucración del personal con salarios más bajos y una presión hacia las intervenciones breves. El uso de paraprofesionales relanza asuntos relacionados con los requerimientos del entrenamiento para la provisión de intervenciones específicas (Bootzin & Ruggill, 1988) y el papel de los tratamientos altamente manualizados en el tratamiento de la psicosis (Dobson & Shaw; 1988). Las intervenciones breves tienden a tener un lugar en el tratamiento de la psicosis temprana (Kavanagh et al., 2001), pero algunos aspectos del tratamiento de la psicosis continuarán requiriendo recursos substanciales. Incluso con mejoras significativas tanto en la psicofarmacología como en la intervención psicológica, algunos individuos con psicosis temprana todavía desarrollarán déficits neurocognitivos graves y requerirán de un apoyo y acomodo o entornos de trabajo extensivos y a veces de duración indefinida. Existe el riesgo significativo de que, en un entorno progresivamente consciente del costo, estas personas puedan continuar siendo marginadas.

Las estructuras de servicios pueden no favorecer las intervenciones optimas para la psicosis temprana

La provisión de servicios a poblaciones comorbidas ha puesto de relieve la importancia de las estructuras de provisión. El desarrollo por separado de servicios de salud mental y servicios de provisión de alcohol y drogas ha redundado en una pobre provisión de servicios a las personas cuyos problemas se distribuyen en ambas áreas y están íntimamente relacionados (Drake et al., 1998; Kavanagh et al., 2000). La existencia de servicios separados para niños, adolescentes y adultos presenta potencial-

mente problemas similares. Se necesitara flexibilidad en la provisión de tratamientos para asegurar que los adolescentes y los jóvenes adultos obtienen intervenciones efectivas que se proveen de manera integrada y apropiada desde el punto de vista del desarrollo.

Conclusión

Las intervenciones cognitivas y conductuales han contribuido significativamente al tratamiento de la psicosis, y tienen potencial de aplicaciones para las primeras fases en el desarrollo del desorden. Por el momento, hay pocas pruebas empíricas del CBT en la psicosis temprana, pero en los próximos diez años, probablemente veamos cambios dramáticos en esta base evidencial, y todo apunta a que podemos ser optimistas en cuanto a los resultados de esta investigación.

Mientras exista algún peligro de que los avances biológicos en la comprensión y el tratamiento de la psicosis puedan llevar a algunos a subestimar la importancia de los enfoques psicológicos, el CBT seguirá teniendo relevancia. La identificación de alto riesgo ofrecerá nuevos retos en la prevención, tratamiento precoz y la salvaguarda de estigmas y angustias secundarias. Los medicamentos de impacto mejorado sobre los síntomas negativos y la disfunción cognitiva no afrontarán por si mismos déficits en las habilidades funcionales, pero sí harán más fácil la provisión de intervenciones psicológicas efectivas. En el peor de los casos, la comprensión neurobiológica permitirá al menos una mejor articulación de la interfaz entre los procesos psicológicos y biológicos, permitiendo que se desarrollen más ampliamente la teoría científica integradora y la práctica.

Sugerimos que un reto mucho más crítico para las terapias cognitivas y conductuales durante las dos próximas décadas sea la aplicación rutinaria en la práctica clínica estándar de estrategias que se hayan mostrado efectivas. Las dificultades financieras y los problemas con la diseminación del programa continuarán impidiendo la accesibilidad a un tratamiento cognitivo y conductual efectivo en el futuro próximo.

Nota: La bibliografía de este artículo está a la disposición del lector en la dirección de correo electrónico: lydiaazuloaga@telefonica.net



FOSCAD

RESOLUCION DEL ENCUENTRO INTERNACIONAL DE HULST, HOLANDA

Las asociaciones y ciudadanos interesados y responsables, que representan a más de 5 millones de familias en Europa reunidos en Hulst, el 28 de abril de 1997 declaran:

- que las drogas no son una fatalidad que la sociedad debería sufrir. Podemos prevenir el consumo de drogas, podemos curarlo e incluso erradicarlo a condición de que decididamente actuemos de acuerdo con ello.
- nuestra voluntad de defender a la juventud del peligro que las drogas representan para sus vidas.
- deseamos que los gobiernos de los estados miembros de la Unión Europea tomen su responsabilidad definiendo y haciendo cumplir una política europea contra las drogas y su consumo.
- inscribiendo como prevención prioritaria con un mensaje claro y sin ambigüedades sobre los peligros del consumo de drogas, incluido el cannabis, una droga que no es mas que una trampa para los adolescentes y quinceañeros, y en dar los fondos necesarios.
- la necesidad de apoyar el desarrollo de estructuras de tratamiento para los drogadictos que favorezcan los programas de abstinencia completa, reestructuración completa y una preparación para una reinserción social a través de un entrenamiento profesional y laboral.
- respetar las convenciones internacionales de principio a fin referentes a la prohibición del tráfico, del consumo y venta de drogas, asegurándose, de manera estricta, que las leyes existentes en los países de la comunidad de cumplan.
- el uso de drogas causan la muerte en el mundo cada año de 250.000 jóvenes y la esclavitud o la decadencia social y humana de tres millones de personas.
- porque es la causa de un “genocidio real de la juventud”, el tráfico de drogas debe ser declarado para siempre “un crimen contra la humanidad”.
- las asociaciones abajo firmantes, presentes en Hulst, hacen un llamamiento a todas las asociaciones y los ciudadanos responsables e interesados dispuestos a la lucha, de la Comunidad Europea, a unirse en un grupo llamado “A drug free Europe”, Una Europa libre de drogas, para adquirir la suficiente fuerza, mediante el número de personas representadas, y forzar a los gobiernos a mantener su compromiso y sus deberes hacia las generaciones mas jóvenes.

Firmado por 50 Asociaciones Europeas siendo Foscad la representante española.