

Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia a través del IPT (Tratamiento Psicológico Integrado)

Herika Solórzano Equihua¹

Ferran Padrós Blázquez

Victoria González Ramírez

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más graves y prevalentes (sobre el 1%), la cual se caracteriza por el mal funcionamiento de diversas funciones cognitivas y sociales. Actualmente, existe evidencia a favor de la utilización de programas de rehabilitación cognitiva para mejorar el rendimiento cognitivo de estos pacientes. El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión del programa IPT (tratamiento psicológico integrado), que ha demostrado efectividad en la rehabilitación cognitiva de esquizofrénicos en pruebas de funcionamiento cognitivo, psicopatología y funcionamiento psicosocial. Se realiza una revisión de aquellos trabajos que reportan resultados obtenidos de la aplicación total o parcial (algunos subprogramas) del IPT en pacientes esquizofrénicos. Los resultados obtenidos sugieren que los estudios sobre la eficacia del IPT han demostrado mejorías significativas en pruebas de rendimiento cognitivo, reducción de psicopatología y la tasa de hospitalización. Se sugieren estudios con muestras grandes, haciendo uso de grupos homogéneos y grupo control, con solo 2 o 3 subprogramas, así como realizar evaluaciones de seguimiento para ver si la mejoría se mantiene.

Palabras clave: Esquizofrenia, rehabilitación cognitiva.

¹ Correspondencia: letio5_@hotmail.com; fpadros@umich.mx;
victoria.gonzalez.2006@hotmail.com

Abstract

Schizophrenia is one of the most serious and prevalent psychiatric illnesses (about 1%), this is characterized by the wrong function of the cognitive and social functions. Nowadays there is a positive evidence for the use of cognitive rehabilitation programs to improve the cognitive performance in these patients. The objective of this work is to review the IPT (Integrative program of psychological therapy), which has demonstrated effectiveness in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients on tests of cognitive functioning, psychopathology and psychosocial functioning. We make a review of those investigation works that report obtains results of the application in full or partial (some sub-programs) of IPT in patients with schizophrenia. The results obtained suggest that studies about the IPT efficacy, has demonstrated significant improvements in cognitive performance tests, reduction of psychopathology and hospitalization rates. Large-sample studies are suggested, using homogeneous groups and control group, with only 2 or 3 sub-programs. As to realize monitoring assessments to see if the improvement continues.

Keys Words: Schizophrenia, cognitive rehabilitation.

Introducción

La esquizofrenia es una de las formas más graves y prevalentes (sobre el 1%) de enfermedad psiquiátrica. En un estudio de 14 países sobre la discapacidad asociada con varias afecciones mentales y físicas, se calificó como el tercer padecimiento más discapacitante (Ustun T.B y cols., 1999; citado en Lara-Muñoz et al., 2010). Suele iniciarse en la adolescencia o durante la vida adulta joven y persistir para toda la vida del paciente (Rang, Dale & Ritter, 2000). Clínicamente se caracteriza, entre otros factores, por el mal funcionamiento de diversas funciones cognitivas (López & Vázquez, 2003), las cuales pueden, incluso, preceder el inicio de los síntomas psiquiátricos (González Garrido & Ramos Loyo, 2006), tienen una pobre respuesta al tratamiento farmacológico y son un predictor directo de la disminución de la funcionalidad del paciente. Los estudios son consistentes en que los pacientes con esquizofrenia presentan deterioro cognitivo en un 75% de los casos (Orellana & Slachevsky, 2006). Aunque se han descrito trastornos en las habilidades motoras, el lenguaje, etc., particularmente prominentes son los déficits en memoria (especialmente la memoria verbal), las funciones ejecutivas y la atención, tal como se describe a continuación.

Memoria

Tamlym y sus colaboradores, (cit. en Penadés et al., 1999) encontraron que la memoria que frecuentemente aparecía más deteriorada en los esquizofrénicos era la memoria episódica, estando usualmente más preservada la memoria semántica. Los esquizofrénicos muestran más trastornos en la capacidad de evocar (por ejemplo, recuperar de la memoria una lista de palabras de una historia) que en la de reconocimiento (por ejemplo, discriminar si una palabra le ha sido dicha previamente o no) (Pardo, 2005). Se ha sugerido que los trastornos de la memoria de la esquizofrenia no serían debidos a un olvido sino a trastornos en la codificación y recuperación de los recuerdos. De modo que los recuerdos quedarían mal registrados y serían evocados con dificultad (Sharma & Antonova, 2003).

Funciones ejecutivas

El término funciones ejecutivas se refiere a un conjunto de procesos cognitivos que deben coordinarse para conseguir éxito en la ejecución de tareas complejas. Implica esencialmente planificación, generación de estrategias, monitorización de la ejecución, repaso y valoración de las estrategias elegidas, capacidad de cambio y cese de una determinada conducta (Salgado, 2002). Se ha reportado que los sujetos esquizofrénicos presentan alteraciones importantes en tareas que miden conceptualización, planificación, flexibilidad cognitiva, coordinación de tareas duales (cuando tienen que realizar dos tareas simultáneamente o alternar entre dos tareas diferentes) y capacidad para resolver problemas complejos (Orellana & Slachevsky, 2006).

Atención

Fuentes (2001) propuso que uno de los principales déficit cognitivos de la esquizofrenia son los déficit atencionales. Éstos se consideran centrales en la medida en que afectan a una capacidad en la cual se apoyan otras funciones superiores como memoria, razonamiento abstracto, etc. (López y Vázquez, 2003) y que facilitan el trabajo de estos procesos cognitivos, por lo cual al existir un déficit atencional, existirá también un déficit en todos los procesos que requieran atención. Desde este posicio-

namiento, el déficit atencional desempeñaría un papel crucial en la patogénesis de las alteraciones cognitivas, además de ser una de las principales quejas de estos pacientes, quienes los consideran molestos e incapacitantes, debido a la dificultad que presentan para mantener la atención en actividades cotidianas.

Actualmente, existe considerable evidencia a favor de la utilización de programas de rehabilitación cognitiva para mejorar el rendimiento cognitivo de estos pacientes. La rehabilitación cognitiva es un proceso terapéutico que se basa en la existencia de alteraciones cognitivas y perceptuales en la esquizofrenia y tiene como objetivo mejorar el rendimiento de distintos procesos de pensamiento (Álvarez, 2002; Penn & Mueser, 1996, cit. en Hales & Youdofsky, 2004). El trabajo con esquizofrénicos se centra en mejorar las habilidades de procesamiento de la información como la atención, la memoria, las capacidades conceptuales, etc. Actualmente, se dispone de evidencia experimental suficiente para afirmar que el déficit cognitivo es modificable mediante la intervención en funciones neuropsicológicas.

Programa de rehabilitación neuropsicológica IPT

Las intervenciones psicológicas en combinación con el tratamiento psicofarmacológico, se presentan como un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas angustiosas, para mejorar el funcionamiento social de los pacientes y para reducir el estrés en las familias. Durante las dos últimas décadas se ha contemplado un gran avance en la búsqueda de terapias eficaces para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia, de tal modo que en la actualidad ya existe un importante cuerpo de datos, replicados en múltiples estudios, que confirman la eficacia de distintos modelos de tratamiento (Vallina et al., 1998).

Brenner, Hodel, Roder & Correigan (1994) desarrollaron un modelo de una terapia psicológica conocida como Tratamiento Psicológico Integrado (IPT, Integriertes Psychologisches Therapieprogramm), para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos (Vallina & Lemos, 2001). El IPT es uno de los programas pioneros en el campo de la rehabilitación cognitiva, ya que su aparición abrió nuevas perspectivas y generó un importante medio de desarrollo, a nivel teórico y de investigación, sobre las potencialidades reales de este

tipo de abordajes. Va más allá de la actuación sobre la función cognitiva, incluyendo dentro del proceso de tratamiento una amplia variedad de procedimientos de intervención psicosocial. El procedimiento de actuación está asentado en un desarrollo teórico que, a partir del modelo de vulnerabilidad-estrés, afirma que existe una estrecha relación entre los desarreglos cognitivos básicos que aparecen en la enfermedad y los déficit funcionales que presenta el paciente (Brenner et al., 1992). El IPT se apoya en el modelo de “capacidad de penetración” (Brenner et al., 1994; Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992; Brenner, Hodel & Roder, 1990; Brenner et al., 1992; Roder et al., 1996; citados en Vallina & Lemos, 2001), en el cual se propone que existen interacciones entre el procesamiento de la información y la conducta social, de modo que, por una parte, los déficit en el procesamiento elemental de la información disminuyen los procesos de integración de nivel superior y la conducta social; mientras que, por otra, la disminución de las funciones superiores como abstracción y memoria dificulta las funciones cognitivas elementales como atención y codificación de estímulos. La combinación de estos dos procesos explica el inicio de los síntomas, la disminución de las habilidades sociales y el mecanismo por el cual dichas disfunciones se mantienen (Vallina et al., 1998), ya que éstas por un lado, estarían impidiendo la correcta adquisición de habilidades de afrontamiento interpersonales, de modo que el paciente esquizofrénico frente a los estresores sociales experimentaría un excesivo nivel elevado de *arousal*, y ello a su vez dificultaría el posterior desarrollo de sus capacidades cognitivas. De todo ello se derivaría un aumento de la vulnerabilidad del paciente, y la adopción de un estilo de comportamiento socialmente evitativo (Penadés et al., 1999). La idea implícita es que el abordaje de los desarreglos cognitivos básicos, posibilitará una mejora más rápida y de mayor alcance en los déficit cognitivos y sociales que presenta el paciente. Así, el objetivo del IPT es centrarse en el nivel cognitivo más básico para progresar de forma jerárquica hacia niveles superiores (López, 2000). De la disminución de déficit cognitivos se espera que mejore la capacidad de los pacientes de adquirir habilidades sociales y, al mismo tiempo, aumentar sus repertorios conductuales, de modo que el individuo sea menos vulnerable a futuros estresores sociales (Brenner, 1992).

El IPT es un programa de intervención grupal, de orientación cognitivo-conductual. Consta de cinco subprogramas diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficit sociales y conductuales característicos de la enfermedad (Vallina & Lemos, 2001). La característica más relevante del programa es que las tareas cognitivas operan con material significativo para el paciente y en un marco psicosocial. Se trata en este sentido de una terapia “integral”, pues intenta disminuir los déficit cognitivos y a la vez mejorar el comportamiento social deficiente (Penadés et al., 1999). Se implementa en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, y durante un mínimo de tres meses. El programa es flexible en cuanto a la duración, la cual puede oscilar entre 3 y 12 meses (Vallina & Lemos, 2001; Penadés, 2002).

El programa IPT está sumamente estructurado en cuanto a la descripción de los ejercicios y el procedimiento de actuación, existe una versión española del mismo desarrollado por Roder y cols., en 1996. Aunque hay una secuencia teórica para el desarrollo del procedimiento, existe la posibilidad de que ésta pueda variar en función de las particularidades del grupo de tratamiento (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

Subprogramas

Los subprogramas de intervención están ordenados jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas intervenciones entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. Cada subprograma contiene pasos concretos que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas. Los elementos clínicos que componen cada subprograma, el foco de actuación de éstos y las técnicas utilizadas se sintetizan en la Tabla 1.

Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo, así como la necesidad de interacción de los participantes. Se avanza desde tareas simples y previsibles hasta otras más difíciles y complejas. Al mismo tiempo, va decreciendo la estructuración de la terapia, desde unos inicios muy estructurados hasta un final más flexible y mucho más espontáneo. Por otra parte, cada subprograma se inicia con material emo-

Tabla 1. Sinopsis del IPT.

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

cionalmente neutro y, a medida que se avanza en la terapia, va aumentando también su carga emocional (Vallina y Lemos, 2001). Los subprogramas que componen el IPT consisten en:

Subprograma diferenciación cognitiva: Es el más vinculado al tratamiento de los déficit cognitivos básicos (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006). El objetivo es mejorar las habilidades cognitivas combatiendo las dificultades que presentan estos pacientes a la hora de formar conceptos, pensar de forma abstracta o clasificar objetos (Penadés, 2002). Está orientado a las funciones atencionales (atención sostenida, selectiva, focalizada, alternante, etc.) y especialmente a las dificultades que presen-

tan los pacientes para mantener la atención o para dirigirla hacia una tarea determinada (Penadés, 2002), y a las habilidades de conceptualización (abstracción, formación de conceptos, discriminación conceptual, etc.). Se divide en tres etapas: *etapa 1*, ejercicios con tarjetas (los pacientes participan en tareas grupales, en las cuales estos proceden a clasificar tarjetas, como seleccionar entre un conjunto de tarjetas todas las que posean unas características determinadas), *etapa 2*, sistemas conceptuales verbales (los pacientes desarrollan habilidades de conceptualización en las cuales identifican antónimos y sinónimos, distinguen conceptos de definiciones diferentes o establecen una jerarquía de conceptos relacionados) (Brenner, 1992), y *etapa 3*, estrategias de búsqueda (se selecciona un objeto de la sala de terapia sin que el grupo de pacientes lo vea, el cual deben descubrir a través de preguntas específicas, las cuales deben ser desde las más concretas hasta las más conceptuales. Se elaboran estrategias de preguntas con el grupo, alentando las preguntas conceptuales y centrándose en el aquí y ahora).

Subprograma percepción social: Tiene como finalidad la mejora de la capacidad perceptiva e interpretativa del paciente en situaciones sociales (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006), mediante la estimulación de las habilidades que permitan discriminar los estímulos sociales relevantes de los irrelevantes (atención selectiva), reduciendo los procesos que desajustan la percepción provocados por información incompleta o fragmentada, mediante ejercicios de análisis, codificación, integración y comprensión de la información. Se trabaja con diapositivas que presentan distintas situaciones sociales ordenadas jerárquicamente según su nivel de complejidad, ya que varían en complejidad visual (cantidad de estímulos que entran) y en contenido emocional (según carga emocional). Se usan inicialmente diapositivas simples (escasa complejidad cognitiva) que producen un efecto poco estresante en los pacientes (escasa carga emocional). El nivel de complejidad se va incrementando gradualmente en la medida en que los miembros del grupo se familiarizan con la tarea (Roder et al., 2007). Presenta tres etapas: recogida de información, interpretación y debate y asignación de un título. Se les pide a los pacientes catalogar las cualidades observables en individuos que aparecen en las diapositivas, interpretar las acciones que se llevan a cabo, la emoción

mostrada por los actores, etc. De esta manera el terapeuta dirige la atención a los aspectos relevantes (Brenner, 1992).

Subprograma comunicación verbal: Sirve de vínculo entre los dos anteriores, en los que la metodología de trabajo de la sesión está altamente estructurada, y los dos últimos, donde el nivel de implicación del paciente es mayor y el procedimiento es más flexible. Su objetivo principal es estimular el intercambio y la comunicación social entre los miembros del grupo (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006). Se orienta a modificar las alteraciones de la comunicación que presentan estos pacientes y que en gran parte están producidos por trastornos del procesamiento de la información. Se parte de las habilidades aprendidas y se orienta la atención a las habilidades conductuales interpersonales. Consta de cinco etapas: repetición literal de frases, repetición de frases según su sentido, formulación de preguntas con respuesta, interrogatorio sobre un tema determinado y comunicación libre. Todo realizado en el contexto grupal (Penadés, 2002; Vallina et al., 1998).

Subprograma habilidades sociales: Está destinado a la mejora de la ejecución interpersonal de los sujetos. Su metodología de trabajo, aunque con algunas particularidades, no difiere sustancialmente de los tradicionales procedimientos de intervención en el entrenamiento de habilidades sociales. Se realizan ejercicios de role-playing, en los que se ensayan diversas situaciones como pedir información, rehusar una petición de forma asertiva, disculparse, inicio, mantenimiento y cese de conversaciones, expresar agradecimiento, expresar reconocimiento y hacer cumplidos, etc. (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006; Vallina et al., 1998). Se realiza mediante dos etapas: elaboración cognitiva (preparación del desempeño de papeles) y ejecución del desempeño de papeles.

Subprograma solución de problemas interpersonales: Es un módulo donde se abordan de forma más abierta y flexible diferentes situaciones problemáticas aportadas por los participantes que tampoco difiere mucho del programa original propuesto por D'Zurilla y Goldfried (1971). Se compone de siete etapas: identificación y análisis del problema, elaboración cognitiva del problema, generación de soluciones alternativas, eva-

luación de las soluciones alternativas, decisión por una solución, puesta en práctica, feedback sobre el éxito o fracaso en la siguiente sesión de terapia. Se trabaja para su discusión y análisis incorporando la posibilidad de utilizar el role-play para moldear la respuesta adecuada a la situación conflictiva (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006), para así buscar alternativas de solución. O bien, se presentan estímulos visuales (diapositivas) cuyos contenidos son las situaciones problema que son objeto de entrenamiento. La presentación de las diapositivas es gradual. Se utilizan las técnicas de solución de problemas junto con técnicas de exposición, con el objetivo de desensibilizar y neutralizar las emociones presentes en el afrontamiento de las situaciones problemáticas, ya que éstas dificultan la puesta en marcha de las habilidades de afrontamiento (García, De La Torre, Cantero & Gómez, 2004).

En años recientes, se ha desarrollado un nuevo subprograma del IPT, conocido como *entrenamiento en el manejo de emociones*, destinado a reducir la influencia de estados emocionales perturbadores en el funcionamiento cognitivo y social. Dicho subprograma, estructurado en ocho pasos, comienza con la descripción de las emociones por el paciente, y avanza desde el análisis de sus estrategias de afrontamiento espontáneas hasta la adquisición de formas de afrontamiento específicas (Hodel & Brenner, 1997; citado en Vallina & Lemos, 2001).

Los efectos del Tratamiento Psicológico Integrado (IPT)

Los estudios sobre la eficacia del programa IPT han resultado bastante satisfactorios, demostrando mejorías significativas en los rendimientos en test de atención, formación de conceptos y pensamiento abstracto. Se ha conseguido una reducción significativa de la psicopatología y una reducción en la tasa de hospitalización (Penadés, 2002). Debe tenerse presente que la flexibilidad del programa permite grandes variaciones en la aplicación del mismo, de modo que existen estudios que aplican desde los 5 subprogramas hasta otros que sólo aplican uno, así mismo también varía los tiempos de aplicación (duración y número de sesiones, y tiempo de la intervención total). Por otro lado, la amplitud de áreas en las que incide el programa, junto con la complejidad del trastorno esquizofrénico, hace que sean muchas las variables susceptibles de ser medidas (como son; las diferentes funciones cognitivas, los distintos signos y sínto-

mas, hospitalizaciones, el funcionamiento social, el nivel comunicacional, las competencias de afrontamiento, etc.) de modo que en algunos estudios se miden unas variables y en otros otras. A continuación se describen algunos de los más significativos.

García y cols. (2004) aplicaron en un Centro de Salud Mental con los 5 subprogramas del IPT. No fue posible mantener una asignación aleatoria al grupo experimental (n=6) y control (n=6). La aplicación del IPT estuvo precedida por 10 sesiones de psicoeducación a pacientes y sus familiares. La intervención completa se desarrolló a lo largo de 9 meses. Se llevaron a cabo evaluaciones en el área clínica, de funcionamiento social y familiar. Debido a la reducida muestra de pacientes, los autores optaron por describir los resultados obtenidos pre y post tratamiento en las pruebas aplicadas. Así pues, en el Inventario Psicopatológico de Frankfurt la puntuación total del grupo experimental disminuyó de un percentil de 69.6 a 61.4, también se obtienen mejorías en pruebas psicopatológicas (con la BPRS), en funcionamiento social (SFS) y en solución de problemas (Inventario de Estilo de Solución de Problemas) (Cassidy y Long, 1996; citado en García et al., 2004), así como en la conducta observada en las sesiones grupales.

Alguero (cit. en Roder et al., 2007), estudió la efectividad del IPT también aplicando los 5 subprogramas, centrándose en evaluar los cambios producidos, tras la intervención, en la percepción del estado de las funciones cognitivas básicas y de cognición social de los pacientes y en las habilidades de la vida cotidiana. Se utilizó la escala GEOPTe de cognición social (San Juan y cols., 2003) y la LSP (Life Skills Profile) (Rosen y cols., 1989). La intervención tuvo una duración de 3 meses con 3 sesiones semanales. Los resultados indicaron una mejoría en el deterioro percibido por los pacientes en las funciones cognitivas y cognición social, y en la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana. No se evaluó la sintomatología.

Lemos y cols. (2004) utilizaron en su trabajo todos los subprogramas del IPT, a excepción del primero, aplicando además sesiones psicoeducativas para los pacientes y familiares y terapia conductual familiar. La duración de la intervención para los pacientes fue de 12 meses. En esta investigación se evaluó a los participantes en 4 ocasiones: antes de iniciar la intervención, después de la intervención (a los doce meses), a los nue-

ve meses (primer seguimiento) y a los cuatro años (segundo seguimiento). El grupo experimental obtuvo mejorías en la escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lukoff et al., 1986), la cual se mantuvo 4 años después. También se obtuvieron mejorías en el funcionamiento interpersonal evaluado con la Escala de Funcionamiento Social (SFS) (Birchwood et al., 1990; citado en Roder et al., 2007), en el número de conductas perturbadoras, la carga familiar y la necesidad de solucionarlas evaluadas con el Cuestionario Familiar (FQ) (Barrowclough & Tarrier, 1992; cit. en Roder et al., 2007), así como en el estilo de afrontamiento positivo demostrado por los familiares, evaluado con el Cuestionario de Afrontamiento Familiar (FCQ) (Magliano et al., 1996; cit. en Roder et al., 2007).

Penadés y cols. (2003) realizaron un trabajo utilizando sólo los dos primeros subprogramas del IPT, Diferenciación Cognitiva y Percepción Social, en 24 sesiones, durante 3 meses, con pacientes en tratamiento ambulatorio, en el cual se puso de manifiesto una mejoría significativa del grupo experimental respecto a un grupo control después de la intervención, en las variables neurocognitivas evaluadas (inteligencia, memoria, fluencia verbal y funciones ejecutivas) así como en el funcionamiento diario, evaluado a través de la Life Skills Profile (LSP) (Rosen et al., 1989).

García y cols. (2003) realizaron una investigación haciendo uso sólo del segundo subprograma del IPT, Percepción Social, en 21 sesiones, dos sesiones semanales. Se llevó a cabo una evaluación clínica, neurocognitiva y de funcionamiento social. Se incluyó un instrumento denominado Escala para la Evaluación de la Percepción Social (SPS) (Ruiz et al., 2005; cit. en Roder et al., 2007) en versión experimental. Los resultados pusieron de manifiesto que los pacientes mejoraron su capacidad de recoger e interpretar la información procedente de situaciones sociales. En esta investigación no hubo mejoría en la sintomatología medida con la (BPRS), ni en las funciones atencionales, evaluadas con el Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS) (Batle & Tomas, 1999; cit. en Roder et al., 2007).

La validez ecológica o generalización de las intervenciones terapéuticas sobre los procesos cognitivos, particularmente los atencionales, a la vida social del esquizofrénico, ha sido cuestionada (López, 2000). Pero debe señalarse que los hallazgos indican que el IPT es superior al solo entrenamiento en habilidades sociales o a terapias de apoyo en grupo, en

reducir la desorganización psicótica y en mejorar las habilidades de solución de problemas cognitivo-sociales, así como en el procesamiento atencional temprano (Brenner, 1987; Brenner, Hodel, Kube, & Roder, 1987; Funke, Reinecker, & Commichau, 1989; Kraemer, 1991; Kraemer, Sulz, Schmid, & Lässle, 1987; Roder, Studer, & Brenner, 1987; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, & Weiler, 1999; Theilemann, 1993; Vallina Fernández et al., 2001a; Vallina Fernández y cols, 2001b; citados en Vallina & Lemos, 2001), con pacientes crónicos de gravedad moderada y severa. Se ha observado que el programa terapéutico del IPT y de otras terapias psicosociales pueden mejorar las habilidades sociales de pacientes ambulatorios y hospitalizados, lo cual se cree que es reforzado por el ambiente externo (Roder et al., 2007) pero todavía no se tiene evidencia de ello. Se debe seguir estudiando si la mejora en tareas específicas se pueden generalizar a otras situaciones y qué déficit cognitivos son los más apropiados para la rehabilitación teniendo presente la relevancia y utilización de los mismos en la vida cotidiana de los pacientes (Bellack et al., 1999; cit. en Hales & Yudofsky, 2004).

Por otro lado, es importante también realizar estudios teniendo presente no sólo la eficacia y la efectividad de los programas, si no, también la eficiencia, es decir, evaluar los costos y los resultados obtenidos (Bouza, 2000). Como es bien conocido, en nuestro país los recursos invertidos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos es muy elevado (Lara-Muñoz et al., 2010), por ello se sugiere hacer investigaciones en las que se prueben los efectos de la aplicación del programa completo o parcial con la menor duración posible, así como intentar identificar qué pacientes, y cuáles no, se beneficiarían de los mismos (haciendo estudios donde se agrupen a los pacientes en función del tipo de esquizofrenia, de los déficit cognitivos, medicación que tomen, etc.). De modo que en unas circunstancias en la que los recursos resultan insuficientes para atender todas las demandas de atención en un trastorno tan prevalente y tan discapacitante como la esquizofrenia debe abordarse del modo más racional posible, haciendo uso de aquellos recursos que demuestren ser más eficientes.

Referencias

- Álvarez, G. E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 18: 18-26.
- Bouza A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 26: 50-56.
- Brenner, H., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1): 21-26.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- De La Higuera, J. & Sagastagoitia, R. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24(1,3): 245-266.
- Fuentes, L. J. (2001). Déficit de atención selectiva en la esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 32(4): 387-391.
- García, M., De La Torre, F., Cantero, B. & Gómez, J. A. (2004). Aplicación de la Terapia Psicológica Integrada a pacientes psicóticos crónicos en un Centro de Salud Mental. *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91: 81-96.
- García, S., Fuentes, I., Ruiz, J.C., Gallach, E. & Roder, V. (2003). Application of de IPT in a spanish sample: evaluation of the "Social Perception Subprogramme". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2): 299-310.
- González Garrido, A. & Ramos Loyo, J. (2006). *La atención y sus alteraciones. Del cerebro a la conducta*. México: Manual Moderno.
- Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. (2004). *Tratado de psiquiatría clínica*. 4ª. Barcelona: Masson.
- Lara-Muñoz, M.C., Robles-García, R., Orozco, R., Saltijeral M., Medina-Mora, M. & Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 33: 211-218.
- Lemos, S., Vallina, O., García, A., Gutiérrez, A., Alonso, M. & Ortega, J.A. (2004). Evaluación de la efectividad de la Terapia Psicológica Integrada en la evaluación a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32: 166-177.
- López, B. (2000). *Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: aplicación del APT (Attention-Process Training)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- López, B. & Vázquez, C. (2003). Un estudio sistemático de la evolución de los déficits cognitivos en una muestra de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(3): 129-136.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H. & Ventura, J. (1986). Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12: 594-602.
- Orellana, G. & Slachevsky, A. (2006). Trastornos neurocognitivos en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1: 41-49.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 69(1): 71-83.
- Penadés, R., Boget, T., Catalán R., Bernardo, M., Gastó, C. & Salamero, M. (2003). Cognitive Mechanims, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63: 219-227.

- Penadés, R., Boget, T., Salamero, T., Catarineu, S. & Bernardo, M. (1999). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 27(3): 198-208.
- Rang, H. P., Dale, M. M. & Ritter, J. M. (2000). *Farmacología*. 4a. Ed. Madrid: Harcourt.
- Roder, V., Brenner, H., Kienzle, N. & Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica para la Esquizofrenia IPT*. España: Alboran.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlov, D. & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 15: 325-337.
- San Juan, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A., Ferre, F., Mayoral, F., González-Torres, M.A. & Bousoño, M. (2003). Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 31(3): 120-128.
- Salgado, P. (2002). *Bases neuroanatómicas y neurofuncionales del trastorno de atención en la esquizofrenia: estudio mediante resonancia magnética*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. España.
- Sharma, T. & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia, deficits functional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*. 26: 25-40.
- Vallina, O., Lemos, S., García, A., Otero, A., Alonso, M. & Gutiérrez, M. (1998). Tratamiento Psicológico Integrado en pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 10(2): 459-474.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*. 13: 345-364.