

FORMACIÓN CONTINUADA

La terapia personal de Hogarty

C. DEL ÁLAMO JIMÉNEZ

*Psiquiatra
Servicios de Salud Mental de Parla. Área 10. Madrid

Mientras que de la práctica habitual conocemos la importancia del tratamiento interpersonal con los pacientes esquizofrénicos y el resultado positivo que se desprende de muchas de las intervenciones a nivel psicológico que realizamos, ésto no queda lo suficientemente bien reflejado en los estudios de investigación publicados, apareciendo que muchos de éstos no reconocen un beneficio de este tipo de tratamiento (Gómes-Schwartz, 1984). Esta discordancia ha ocasionado la detención en el desarrollo de la psicoterapia en este terreno, en muchas ocasiones.

Sin embargo, como señalan otros autores (Masher y Keith, 1980; Scott y Dixon, 1995; Lehman y Carpenter, 1995), la gran mayoría de las investigaciones llevadas a cabo presentan graves errores en la metodología empleada y en la aplicación de las técnicas terapéuticas; algunos de los errores más comunes serían: una definición insuficiente de lo que son las intervenciones psicológicas, la poca atención concedida a la experiencia y entrenamiento del terapeuta que las realiza, no especificación del mínimo número de sesiones, una ausencia del tipo y dosis de medicación antipsicótica recibida, etc.

A pesar de las limitaciones de muchos de los estudios, podemos resumir algunas de las conclusiones sobre la eficacia de la psicoterapia revisada. En primer lugar, no parece existir una eficacia demostrada para la psicoterapia de orientación psicoanalítica centrada en el *insight* para pacientes con esquizofrenia, incluso algunos autores (Mueser y Berenbaum, 1990) señalan cierto potencial yatrogénico en intervenciones de este tipo. Este modelo quedaría reservado para aquellos pacientes que pueden integrar la experiencia psicótica dentro de sus vidas (Kaplan, y Sadock 1995), en quienes los síntomas negativos no sean los más relevantes. Las investigaciones realizadas sobre psicoterapias de apoyo (Gunderson et al, 1984), parecen encontrar

resultados más satisfactorios, reduciendo la sintomatología y el número de hospitalizaciones requeridas y produciendo un mayor ajuste social. Aunque estas técnicas no quedan del todo bien definidas, siendo necesaria una mayor diferenciación entre lo que es una psicoterapia de apoyo y el apoyo que podemos dar al paciente en una intervención habitual para el control farmacológico. Dentro de la primera, tendría que estar incluido no sólo el apoyo necesario, sino también una atención específica a los problemas y déficits que surgen de la propia enfermedad (psicoeducación, puesta de límites y prohibiciones, desarrollo de conductas adaptativas frente a una reducción de las maladaptativas, etc.).

Clásicamente, como apunta McGlashan, las psicoterapias se han venido dividiendo en dos formas: las psicoterapias de apoyo y las psicoterapias intensivas u orientadas al *insight*. La diferencia en cuanto a los objetivos y técnicas aplicadas, recogidas en la Tabla I, fueron la base para el desarrollo de los distintos estudios e investigaciones.

De esta manera, McGlashan (1994), propone un abandono de esta dicotomía en las técnicas aplicadas en la psicoterapia con esquizofrénicos, ya que polaridades de este tipo suelen ser falsas. Para él, lo necesario es una integración de ambos extremos; el terapeuta ha de ser activo pero no intrusivo, consistente pero no rígido, firme pero no abstinente. Sobre todo, apoyar, ya sea realizando una interpretación o asistiendo activamente al paciente para realizar un cambio en el medio. El terapeuta debe ser real, incorporando progresivamente, según el momento y la situación clínica del paciente, técnicas, bien de apoyo, bien de psicoterapia de *insight*, es decir, ha de disponer de un amplio rango de respuesta.

Aunque los objetivos de todos los tratamientos en la esquizofrenia incluyen una disminución de los síntomas, una reducción del riesgo de recaídas y una mejo-

Tabla I
Comparación de objetivos y técnicas entre la psicoterapia de apoyo y la orientada al *insight*

Apoyo	<i>Insight</i>
1. Recuperación social	1. Cambios en la personalidad
2. Reestablecer la homeostasis	2. Conseguir crecimiento emocional
3. Eliminar síntomas	3. Eliminar y entender los síntomas
4. Fortalecer defensas	4. Favorecer defensas más maduras
5. Ignorar síntomas psicóticos	5. Integrar la experiencia psicótica
6. Delimitar la realidad	6. Explorar la realidad del paciente
7. Aconsejar	7. Abstinencia
8. Evitar la regresión	8. Tolerar la regresión
9. Favorecer la transferencia	9. No alterar la transferencia negativa
10. Evitar la transferencia negativa	10. Interpretarla

ra en el ajuste psicosocial, raramente una única modalidad terapéutica puede por sí misma abarcar todos ellos. Más a menudo, un buen cuidado terapéutico requiere de la integración de técnicas diferentes, tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico o de soporte comunitario.

Los últimos trabajos realizados por Hogarty et al (1995), son un ejemplo de este tipo de modelos integrativos donde también se incluyen técnicas cognitivas, sociales, psicoeducativas, tanto para familias como para pacientes, así como un control de la medicación en cuanto a dosis requerida y al manejo de ésta por parte del paciente. Hogarty describe la terapia personal (Personal Therapy, PT), como una intervención centrada en el modelo de enfermedad, con estrategias secuenciales de intervención en tres tiempos de diferente grado de complejidad, según la situación de recuperación del paciente, y que tienen como fin el reconocimiento por parte de éste de las situaciones de estrés y la alteración de los afectos que a éstas siguen y que suelen ser, a su vez, previas a una descompensación de los síntomas psicóticos. Es una técnica basada en el modelo de estrés-vulnerabilidad. Los tres tiempos están bien establecidos, aunque existe gran flexibilidad en sus contenidos, administrándose mensualmente una escala, *Process Rating Scale*, que valora la obtención de los objetivos correspondientes. Hogarty señala la importancia de una estabilidad previa al comienzo del tratamiento en lo que a vivienda, higiene, alimentación e ingresos económicos se refiere, y también en la necesidad de reintroducir al paciente en el punto de tratamiento adecuado tras haber sufrido una recaída.

La terapia personal es un modelo centrado en la enfermedad, ya que la atención, el procesamiento de la

información, la memoria, la motivación y el ajuste social son tan deficitarios que impiden un correcto desarrollo de la clásica psicoterapia orientada al *insight* afín al modelo centrado en la persona donde se asumía una integridad a nivel cerebral, que proporcionaba la facilitación del desarrollo de los aspectos más adaptativos.

Descripción

La terapia personal está conceptualizada como una respuesta a la desregularización afectiva expresada como la pérdida de control del humor.

Está diseñada para dar al paciente estrategias más adaptativas que puedan facilitar el autocontrol de los afectos y estados que siguen a la percepción individual del estrés, experiencia única, subjetiva e independiente de situaciones específicas. Se busca controlar el proceso en escalada de los sentimientos; es decir, de la vulnerabilidad del individuo, dando un conocimiento y entendimiento del estado subjetivo del paciente y, así, dar alternativas más adecuadas al control y expresión de los sentimientos intensos y problemáticos, conociendo la influencia que la expresión de éstos tiene en la respuesta de las personas de su alrededor.

Fase 1^a

Tiene una duración entre tres y seis meses, se utilizan básicamente técnicas de apoyo; el objetivo prioritario será el de adquirir una alianza terapéutica. *Se realiza un contrato terapéutico donde se reflejan los objeti-*

vos de cada fase, así como la necesidad de tomar la medicación, la prohibición del uso de alcohol y drogas y la necesidad de consultar con el terapeuta en caso de crisis. Las familias son atendidas, al menos en una ocasión, para explicar el programa terapéutico y dejar una puerta abierta para cuestiones relacionadas con la psicoeducación; esta última está integrada como parte de todas las sesiones individuales, además de, también, participar en un taller de trabajo, compuesto por cuatro/seis pacientes, comprendido por tres sesiones de 20 minutos, que se comienza una vez alcanzada la estabilidad clínica, hablando de la naturaleza de la esquizofrenia y sus síntomas, dentro de un modelo biopsicosocial; también se aborda la necesidad de tratamiento farmacológico, los riesgos de depresión y suicidio, incidiendo en lo importante de la alianza terapéutica.

Se utilizan básicamente técnicas de apoyo: escucha activa, aceptación de lo que el paciente pueda ir expresando, empatía, estimulando las afirmaciones relevantes e iniciativas más sanas por parte de éste. Posteriormente, se incluyen estrategias dirigidas a asumir progresivamente responsabilidades en el autocuidado y asignaciones domésticas.

Ya en esta fase, se introduce el componente principal de la terapia personal, esto es, el manejo interno de los sentimientos. Se analizan situaciones estresantes para el paciente identificando los signos internos que esos desajustes provocan. Se trata de hacer ver la relación entre la situación estresante y todos los afectos, cogniciones, comportamientos y/o trastornos somáticos que le siguen, si bien el terapeuta no pone a prueba esta relación.

También se introducen nociones básicas sobre entrenamiento en habilidades sociales, favoreciendo la evitación del estrés; se trabaja sobre la naturaleza de los contenidos verbales y expresiones no verbales.

Para pasar a la segunda fase se han de conseguir los objetivos siguientes: 1) estabilizar los síntomas positivos y alcanzar unas condiciones de vida mínimamente estables; si bien puede persistir sintomatología positiva, el comportamiento no ha de estar muy alterado por ésta. 2) Mantenimiento de una dosis mínima necesaria de neurolépticos durante un período de, al menos, dos meses. 3) Posibilidad de mantener la atención un mínimo de 30 minutos. 4) Entendimiento básico sobre la involuntariedad de la esquizofrenia como una enfermedad psicobiológica, con una elevada sensibilidad al medio. 5) Que exista un mínimo de ausencias a las citas.

Fase 2ª

Duración de seis/ocho meses, centrada en un mayor autoconocimiento de los sentimientos, cogniciones y comportamientos. Paralela a la psicoterapia a nivel individual, se continúa acudiendo a un segundo taller de psicoeducación, también dividido en tres presentaciones: en la primera, se descubren los síntomas prodrómicos, el papel de las alteraciones afectivas como pistas de un distrés, así como estrategias para la autoprotección, como intentar distraerse o evitar ciertas situaciones; en la segunda presentación se enseñan técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales más avanzadas; por último, la tercera está centrada en las actividades vocacionales y la vulnerabilidad al trabajo, intentando disminuir demandas competitivas.

En general, esta fase está orientada hacia la reflexión identificando los principales signos internos asociados con el estrés manifestados como un rango de respuestas afectivas, comportamentales o somáticas. Se realizará un listado de signos de alarma incluso por escrito; se focaliza siempre en la respuesta subjetiva, independiente de la naturaleza del desencadenante y, como ésta, provoca otras respuestas en las personas de alrededor; para alcanzar relaciones interpersonales más adecuadas.

Se utilizan técnicas de relajación más sofisticadas, con respiración diafragmática.

Según la relación va avanzando, y el paciente se encuentra más estabilizado, comenzaremos a trabajar otros aspectos que van a requerir el desarrollo de un mejor conocimiento y manejo sobre los estados anímicos, cognitivos y del comportamiento. Es una etapa que se va a centrar más en lo interno del individuo, y en cómo esto repercute en las respuestas obtenidas del medio externo, posibilitando una mayor reflexión sobre todo ello.

Hay varios temas fundamentales sobre los que centraremos nuestra atención:

- Participación activa en su propio tratamiento, lo que supone la toma de medicación, acudir a las citas prefijadas, toma de contacto cuando exista un empeoramiento de su estado, es decir, una solicitud activa de éste.
- Adaptación a su realidad social, reincorporándose progresivamente a la comunidad, llevando a cabo actividades que, a su vez, puedan estimular al paciente, reiniciando relaciones interpersonales y responsabilidades que, en un principio, se realizarán básicamente en el mismo hogar; aprovechamiento

del tiempo de ocio e, incluso, en aquellos casos donde la demanda se ajuste a las posibilidades del individuo, favorecer una ocupación laboral, sea protegida o no.

- Conocimiento de sus síntomas delirantes, alucinaciones, estados afectivos (ansiosos, depresivos, etc.), reconociéndolos y pudiendo comprender su significado y la relación que éstos mantienen con las conductas que son llevadas a cabo por ellos, así como las respuestas obtenidas por los demás.
- Localizar las situaciones de estrés que pueden provocar un empeoramiento de los síntomas, aprendiendo alternativas más adecuadas en el manejo de éstas y en la resolución de conflictos.

Durante este período se utilizarán también técnicas aplicadas, como ya dijimos en la primera fase: psicoeducación, apoyo, etc. Aunque las intervenciones van siendo más complejas, utilizando la relación terapéutica para resolver ciertas experiencias, no debemos caer en el error de creer que por haberse producido una disminución o desaparición de los síntomas positivos el paciente está capacitado para una participación más activa; esto será el producto de una elaboración más costosa.

Ha de cumplirse los siguientes objetivos para alcanzar la fase tercera del tratamiento: 1) que persista la estabilización; 2) que se haya obtenido un entendimiento de los efectos que el estrés produce sobre una persona más vulnerable; 3) percepción correcta de la situación social en rol-playing y evidencia su situación fuera del marco terapéutico; y 4) sesiones de relajación utilizando respiraciones diafragmáticas. Se continúa pasando la PRS mensualmente.

Fase 3^a

Con una duración aproximada que va desde los 18 meses a los tres años. Las intervenciones se irán realizando progresivamente, según las características del paciente y de su proceso, *intentando dar oportunidad para la introspección; se presta especial atención a los déficits neuropsicológicos menos aparentes, pero fundamentales en el procesamiento de la información y la percepción social. Se continúa con técnicas de*

psicoeducación, técnicas de relajación basadas en el autocontrol, se enseña al paciente a manejarse en relaciones interpersonales claves, lo que necesita hacer y los pasos a seguir para alcanzar sus objetivos.

Es en este momento cuando podemos comenzar a señalarles la relación existente entre las circunstancias vitales sufridas y la situación interior, al mismo tiempo que continuamos con el entendimiento de sus síntomas, las circunstancias en que aparecen, cómo manejarlos e impedir que puedan progresar; reconocer los pródromos de una descompensación hace sentirse al paciente más seguro y fortalecido en su capacidad de manejo y control por sí mismo de su enfermedad, entendiendo que no toda alteración del estado de ánimo, cognición, comportamiento, son equivalentes a una nueva descompensación (Marder et al, 1994).

Cuando el paciente comienza a dar muestras de la aplicación de los recursos aprendidos en un contexto fuera del terapéutico, las sesiones gradualmente van disminuyendo su frecuencia.

Bibliografía

1. Fenton W, McGlashan T. Schizophrenia: individual psychotherapy. En: Comprehensive textbook of Psychiatry/VI. Kaplan H, Sadock B. Baltimore: Williams&Wilkins, 1995.
2. Gómez-Schwartz B. Individual psychotherapy in schizophrenia. En: Treatment, management, and rehabilitation. Groonen and Straton. New York: Bellack AS, 1984:307-335.
3. Gunderson JG, Frank AK et al. Effect of psychotherapy in schizophrenia II. Comparative outcome of two forms of treatment. Schizophr Bull 1984;10:564-598.
4. Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al. Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull 1995;21:379-393. Lehman A, Carpenter W, Goldman H et al. Treatment outcomes in schizophrenia: implications practice, policy and research. Schizophrenia Bulletin 1995;21(4):669-675.
6. McGlashan TH. What has become of the psychotherapy of schizophrenia? Acta Psychiatr Scand 1994;90(384):147-152.
7. Moshier LR, Keith SJ. Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. Schizophrenia Bulletin 1980;6:10-41.
8. Mueser KT, Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia. Is there a future? Psychological Med 1990;20:253-262.
9. Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1995;21(4):621-630.