



MANUAL CEDE DE PREPARACIÓN

PIR



GUÍA DE TRATAMIENTOS

GUÍA DE TRATAMIENTOS

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-16751-67-9
Depósito Legal: M-29683-2018
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

COORDINADORES

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo
Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario
de Guadalajara. SESCAM.

AUTORES/AS

TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA
TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Marta Álvarez Calderón

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Rey Juan Carlos
Madrid.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de
Guadalajara. SESCAM.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Juan Antequera Iglesias

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la
Misericordia de Toledo.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS
TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES, TRASTORNOS PARAFÍLICOS Y DISFORIA DE GÉNERO
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Juan Jesús Muñoz García

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Coordinador de Rehabilitación del Área de Salud
Mental del Hospital San Juan de Dios de
Ciempozuelos (Madrid).
Tutor PIR.

TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AUTISTA
TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y LOS ESTRESORES
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES
TRATAMIENTO DE LOS MALOS TRATOS Y ABUSO SEXUAL
TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Victoria Alonso Martín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Doctora en Psicología.
FEA Psicología clínica hospital de día infanto juvenil de Vallecas.
Master en terapias contextuales.

María Villacañas Blázquez

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Máster en Atención Temprana.

Diego Carracedo Sanchidrián

Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
Máster en Terapias de Tercera Generación.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS
TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA
TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA
TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES
TRATAMIENTO DEL ASMA
TRATAMIENTO DEL CÁNCER
TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO
TRATAMIENTO DEL VIH Y EL SIDA

Lidia Carrillo

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

PRESENTACIÓN

¿POR QUÉ ESTE MANUAL?

En los últimos exámenes PIR, el área de preguntas dedicada a los tratamientos ha aumentado considerablemente. El área de tratamientos psicológicos ocupa un lugar transversal en el campo de la Psicología y en los Manuales de Preparación PIR CEDE. En los Volúmenes del 1 a 4 (Psicopatología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infantil y Psicología de la Salud) nos encontramos con los programas de tratamiento para cada patología específica desarrollados de forma pormenorizada. En el volumen 6 (Psicoterapias) están descritas las técnicas que se implementan en dichos programas.

En este nuevo volumen ofrecemos una integración de los contenidos de los volúmenes anteriores centrándonos en un aspecto nuclear: favorecer una labor de síntesis que sirva para el repaso, estudio y consolidación entrelazando los programas de tratamiento, las técnicas y las preguntas de convocatorias por patologías.

Esperamos que sea de tu utilidad.

¿CÓMO?

La estructura de cada tema es la siguiente:

1. Aspectos clave.
2. Tratamientos:
 - 2.1. Tratamiento Psicológico.
 - 2.2. Otros tratamientos.
3. Eficacia de los tratamientos.
4. Preguntas convocatorias previas.
5. Tabla resumen.

ASPECTOS PREVIOS

La evaluación de la **eficacia, eficiencia y efectividad** de un tratamiento psicológico es un aspecto central que está recibiendo desde los años 90 una atención cada vez mayor. La investigación de estos aspectos se refleja en las Guías de Práctica Clínica, herramientas fundamentales en el trabajo aplicado.

A la hora de valorar la utilidad de una intervención psicológica hay que tener en cuenta unos conceptos previos (Pérez Álvarez, 2002):

a) Eficacia: definida como la capacidad que tiene un tratamiento para producir cambios psicológicos (*conductuales o de otro tipo*) en la dirección esperada que sean claramente superiores a la no intervención, el placebo y otra modalidad de intervención. Los requisitos metodológicos

para hablar de eficacia son importantes: disponer de grupos homogéneos de pacientes, asignación aleatoria de los sujetos al grupo control y grupo de tratamiento, método “ciego” donde el sujeto no sabe a qué grupo pertenece, evaluación e intervención sistematizada y estandarizada principalmente.

Los tratamientos aplicados bajo estas circunstancias tienen una **elevada validez interna**, pero menos validez externa. Podemos inferir que dicho tratamiento en circunstancias muy controladas funciona. El problema radica en la validez externa, es decir, en qué medida estos resultados son extrapolables los pacientes en condiciones “reales”, es decir, si dichos programas de tratamiento son aplicables a la práctica clínica real.

b) Efectividad: definida como la capacidad de los tratamientos para lograr cambios psicológicos en la población clínica habitual. En estos estudios **aumenta la validez externa** en detrimento de la validez interna. A nivel metodológico no hay siempre asignación aleatoria de los grupos (*el paciente puede elegir entre los tratamientos disponibles*), no hay tanta homogeneidad en los mismos, el paciente elige el tipo de tratamiento (no hay por lo tanto método ciego y las expectativas pueden influir de forma notable en los resultados).

Los estudios de eficacia (validez interna) deberían ser un prerrequisito para los estudios de efectividad (validez externa). Cualquier programa de intervención que se incorpora en las Guías De Práctica clínica ha de contar con suficiente validez interna y externa.

c) Eficiencia: lograr los mayores cambios en la población clínica con el menor coste posible.

Para valorar la eficacia de un tratamiento psicológico utilizaremos de forma prioritaria los criterios de la división 12 de la APA recogidos en Marino Pérez (2002) que aparecen en la siguiente tabla:

CRITERIOS APA
Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1)
I. Al menos 2 estudios de grupo de 2 investigadores distintos ha demostrado: <ul style="list-style-type: none"> a) Es superior al tratamiento farmacológico, placebo u otro. b) Es equivalente a otro tratamiento bien establecido. II. Una serie amplia de estudios de caso único: <ul style="list-style-type: none"> a) Con buen diseño experimental. b) Mejora comparado con tratamiento farmacológico, placebo u otro.
Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2)
III. Dos estudios demuestran que es más eficaz que la lista de espera. IV. Dos estudios del mismo investigador ha demostrado eficacia. V. Dos estudios demuestran eficacia pero con muestras heterogéneas. VI. Serie pequeña de estudios de caso único (menos de 3).
Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3)
VII. Tratamientos que no se ajustan a las condiciones anteriores.

Estos criterios no son utilizados por todos los manuales de referencia, por lo que en las tablas resumen añadiremos los criterios recogidos por otros autores relevantes.

La información sobre las recomendaciones se plasma en las **Guías de Práctica Clínica**. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (GuiaSalud, 2014).

Existen diversos criterios sobre las recomendaciones de diversos tratamientos en base al grado de evidencia. Por ejemplo la **Agency for Healthcare Research and Quality** los divide en tres tipos con base en la investigación para apoyar dichos tratamientos:

- A) Grado de **evidencia buena** para recomendar un tratamiento (*equivalente a la Eficacia tipo 1*).
- B) Grado de **evidencia moderada** (*equivalente a la Eficacia tipo 2*).
- C) Recomendación basada en el **consenso de expertos** (*equivalente a la Eficacia tipo 3*).

Pasamos a desarrollar los temas.

ÍNDICE GENERAL

ADULTOS

Tratamiento de las drogodependencias.....	13
Tratamiento del alcoholismo	21
Tratamiento de la adicción a la heroína.....	29
Tratamiento para la adicción a la cocaína	35
Tratamiento del tabaquismo	41
Tratamiento del juego patológico.....	47
Tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	53
Tratamiento de los trastornos psicóticos	91
Tratamiento del trastorno del estrés postraumático (TEPT)	111
Tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos	123
Tratamiento del trastorno bipolar	137
Tratamiento de la depresión	143
Tratamiento del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	169
Tratamiento de los trastornos disociativos.....	183
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	187
Tratamiento de las disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	211
Tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia	227
Tratamiento de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	243
Tratamiento de los trastornos de la personalidad.....	247

INFANTIL

Tratamiento de intervención en discapacidad intelectual	271
Tratamiento del trastorno autista	277
Tratamiento de intervención en trastornos de la comunicación.....	285
Tratamiento de los trastornos de aprendizaje.....	293
Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	299
Tratamiento de los trastornos motores	317
Tratamiento para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	325
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en población infanto-juvenil.....	339
Tratamiento de los trastornos de la eliminación	343
Tratamiento de los trastornos del sueño en población infanto-juvenil	355
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.....	365
Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en población infanto-juvenil.....	387
Tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y los estresores	391
Tratamiento de los trastornos depresivos.....	395
Tratamiento de los trastornos bipolares.....	403
Tratamiento de los malos tratos y abuso sexual.....	407
Tratamiento de las adicciones en población infanto-juvenil.....	413

SALUD

Tratamiento de la diabetes mellitus	417
Tratamiento de la dismenorrea primaria	421
Tratamiento de la fibromialgia.....	423
Tratamiento de las cefaleas.....	425
Tratamiento de los trastornos cardiovasculares	427
Tratamiento de los trastornos gastrointestinales	433
Tratamiento del asma	437
Tratamiento del cáncer	443
Tratamiento del dolor crónico	453
Tratamiento del VIH y el sida.....	457
A MODO DE RESUMEN	461

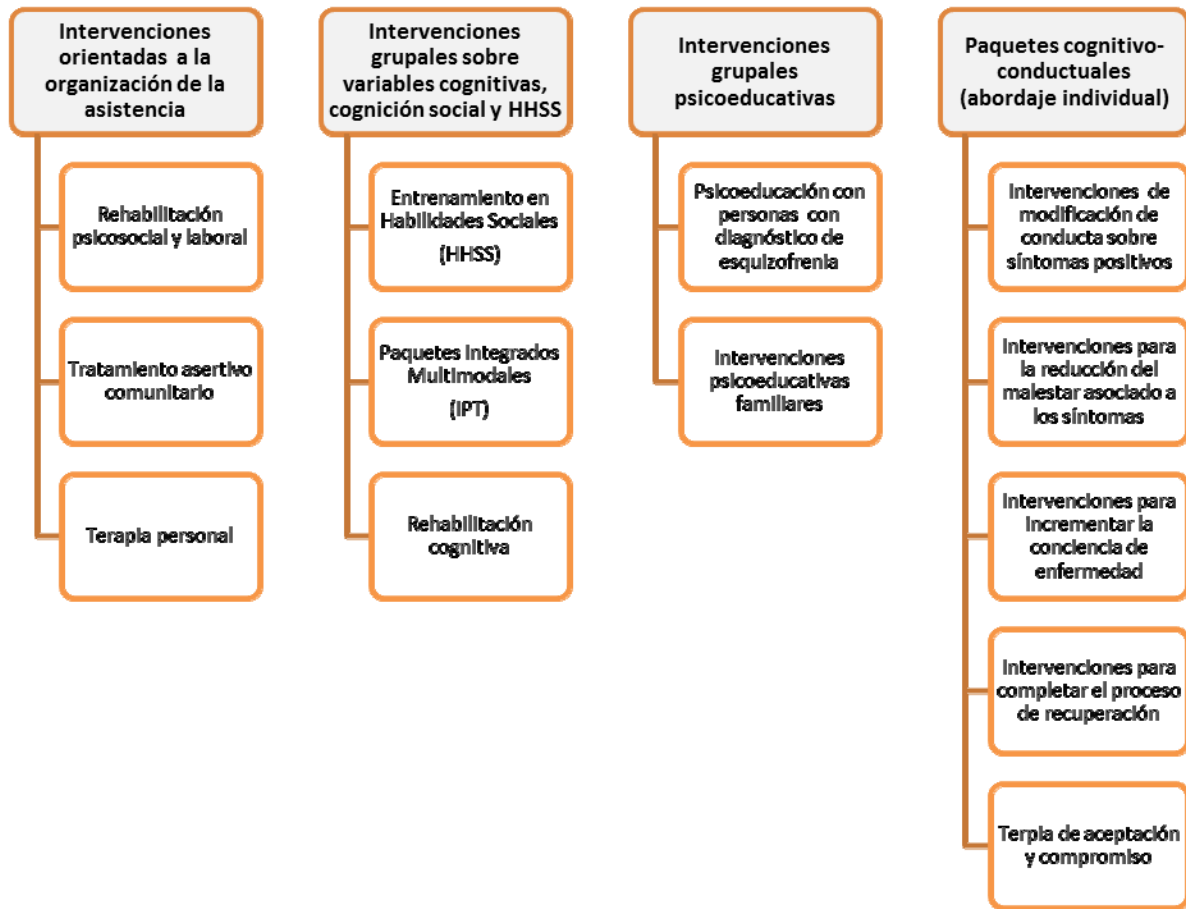
1. ASPECTOS CLAVE

- Hasta la convocatoria 2012 las preguntas de examen acerca de los **tratamientos para los trastornos psicóticos** estaban centradas casi exclusivamente en la farmacoterapia. Desde entonces las preguntas han incrementado en número y sobre todo en variedad incorporando los principales tratamientos psicosociales para la esquizofrenia.
- Con todo, los **tratamientos farmacológicos** para la psicosis siguen generando preguntas prácticamente en todas las convocatorias de forma sistemática, relativas a su clasificación, pautas de prescripción y efectos adversos.
- La variedad de líneas terapéuticas disponibles para la esquizofrenia se refleja en el examen porque han preguntado por tipos de **intervención psicológica** muy diversos: habilidades sociales, terapia psicológica integrada, terapia familiar, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva, tratamiento asertivo comunitario y rehabilitación psicosocial y laboral.
- En los últimos años están apareciendo preguntas que relacionan la utilidad de los tratamientos con las **fases de la esquizofrenia**.

2. TRATAMIENTOS

2.1. Tratamiento psicológico

Una forma de clasificar las distintas intervenciones que se vienen utilizando en el tratamiento de la esquizofrenia es hacerlo en función del foco y características de las técnicas. De este modo, podemos distinguir:



Los programas de tratamiento psicológico para la esquizofrenia son:

INTERVENCIONES ORGANIZATIVAS PARA EL ABORDAJE DE LA ESQUIZOFRENIA		
Clasificación	Tratamientos	Descripción
Rehabilitación psicosocial y laboral	Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos de Abelardo Rodríguez (2006)	Las principales características de este modelo de tratamiento son: – Rehabilitación y reinserción en la sociedad. – Equipo interdisciplinar. Tiene como objetivos : – Adquisición/recuperación de habilidades. – Fomentar integración social y funcionamiento autónomo. – Rehabilitación laboral (empleo protegido). – Prevenir deterioro, marginación e institucionalización. – Asesorar y apoyar a las familias.
Tratamiento asertivo comunitario	Tratamiento Asertivo Comunitario de Marx, Stein y Test (1980)	Las principales características de este modelo de tratamiento son: – Específico para el trastorno mental grave. – Continuidad de cuidados por equipo multidisciplinar. – Cuidados integrales e intensivos. – Ratios 10:1. – Enfoque comunitario. – Individualizado. – Cartera de servicios flexible. – Cobertura 24 h. – Tiempo ilimitado.

INTERVENCIONES ORGANIZATIVAS PARA EL ABORDAJE DE LA ESQUIZOFRENIA

Clasificación	Tratamientos	Descripción
Intervenciones basadas en el modelo de vulnerabilidad-estrés	Terapia personal de Hogarty (1995)	<p>Se trata de una propuesta de intervención de 2-3 años de duración con estrategias secuenciales de intervención en tres fases 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.</p> <p>Las fases son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fase básica: estabilización de síntomas. 2) Fase intermedia: prevención de recaídas. 3) Fase avanzada: recuperación social. <p>Los componentes principales son: psicoeducación, afrontamiento interno, entrenamiento en habilidades sociales, reasunción de responsabilidades y búsqueda de metas sociales/vocacionales.</p>

INTERVENCIONES GRUPALES SOBRE VARIABLES COGNITIVAS, COGNICIÓN SOCIAL Y HABILIDADES SOCIALES

Clasificación	Tratamientos	Descripción
Entrenamiento en habilidades sociales	Programa de Habilidades Sociales para vivir independiente de Liberman (2002)	Se compone de un conjunto de módulos estandarizados para el tratamiento del déficit de habilidades sociales , que incluye ámbitos deficitarios como el automanejo (de los síntomas, de la medicación y del consumo de tóxicos), el regreso a la comunidad, la vivienda, el trabajo y el ocio. Los formatos de intervención incluyen terapia grupal, terapia individual, ejercicios <i>in vivo</i> y tareas para casa.
Paquetes integrados multimodales	Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Hodel, Brenner y Roder (1994)	Es un programa de intervención grupal, de orientación conductual que consta de 5 de subprogramas ordenados jerárquicamente: 1) Diferenciación cognitiva, 2) Percepción social, 3) Comunicación verbal, 4) Habilidades sociales y 5) Solución de problemas interpersonales.
Rehabilitación cognitiva	Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) de Wykes y Reeder (2005)	Está diseñada para corregir y mejorar los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención. Los objetivos principales son: aumentar la capacidad y la eficiencia de las funciones cognitivas, enseñar esquemas cognitivos variados y transferibles para guiar la acción, mejorar la metacognición y aumentar la motivación.
	Terapia de Potenciación Cognitiva (CET) de Hogarty y Flesher (1999)	Se aplica a pacientes clínicamente estables con limitaciones sociales y laborales, y combina trabajo en grupos estructurados o individualmente con ejercicios en el ordenador. Su objetivo es aumentar la resistencia mental, desarrollar un procesamiento de información activo y la resolución espontánea de desafíos sociales imprevistos, para lo que pone su foco en potenciar la toma de perspectivas de los demás, la valoración del contexto social y otros componentes de la cognición social .

INTERVENCIONES GRUPALES PSICOEDUCATIVAS PARA LA ESQUIZOFRENIA		
Clasificación	Tratamientos	Descripción
Psicoeducación para personas con diagnóstico de esquizofrenia	Programa psicoeducativo para personas con esquizofrenia de Rebolledo y Lobato (2002)	Programa psicoeducativo para pacientes de 60-90 sesiones orientadas a dos líneas de trabajo: 1) educación para la salud y 2) desarrollo emocional y afectivo.
Intervenciones psicoeducativas familiares	Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff (1992)	Los objetivos son: 1) reducir la emoción expresada , 2) aumentar las redes sociales de la familia, 3) reducir las expectativas no realistas y 4) mejorar la comunicación.
	Modelo psicoeducativo de Anderson (1986)	Trata de reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos externos e internos, así como evitar el riesgo de recaídas.
	Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (1992)	Tiene como objetivos principales: 1) identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada e 2) incrementar el nivel de funcionamiento del paciente.
	Terapia familiar conductual de Fallon (1985)	Pretende desarrollar habilidades de comunicación y solución de problemas con técnicas estructuradas.

TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EL ABORDAJE DE LA PSICOSIS		
Tratamientos	Ejemplos	Descripción
Tratamientos cognitivo-conductuales de modificación de conducta para los delirios y las alucinaciones	Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick (1996)	Tratamiento basado en la modificación de creencias utilizando principalmente el desafío verbal y la prueba de realidad .
	Terapia Conductual de Kingdon (1994)	Tratamiento basado en la modificación de creencias centrándose en la normalización de la experiencia psicótica . Respecto al resto de componentes se usan técnicas estándar de la terapia cognitivo-conductual (análisis de evidencias, generar explicaciones alternativas, desafío de cogniciones erróneas, relajación, manejo de ansiedad, planes de actividad, etc.).
	Terapia cognitivo conductual para la psicosis de Fowler (1995)	Combina los componentes mencionados la terapia cognitiva de Chadwick, añadiendo el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas. Además de todo esto incorpora un componente que consiste en el desarrollo de una conceptualización compartida por paciente y terapeuta sobre los síntomas.

TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EL ABORDAJE DE LA PSICOSIS		
Tratamientos	Ejemplos	Descripción
Tratamientos cognitivo-conductuales para la reducción del malestar asociado a los síntomas	Terapia de focalización de Bentall (1994)	Se dirige a la focalización en las características físicas y emocionales de las alucinaciones auditivas persistentes mediante la gradual reatribución de las voces a uno mismo . Consta de tres fases: a) dirigir la atención a las características físicas de las voces, b) dirigir la atención a su contenido, y c) atender a sus creencias respecto las voces.
	Terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento de Tarrier (1993)	Tratamiento dirigido a pacientes con síntomas positivos continuos con el objetivo de reducir los síntomas psicóticos y perturbaciones emocionales asociadas mediante el aprendizaje de estrategias de afrontamiento pero que no incluye entre las estrategias de intervención la modificación de creencias disfuncionales.
Tratamientos cognitivo-conductuales para incrementar la conciencia de enfermedad	Terapia de cumplimiento de Kemp (1997)	Terapia de aplicación corta (4-6 sesiones) diseñada para realizarse en unidades de agudos. Tiene como objetivo el cumplimiento farmacológico y aumentar el nivel de <i>in-sight</i> .
Tratamientos cognitivo-conductuales orientados a completar el proceso de recuperación después de un episodio psicótico	Terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE) de Edwards (2004)	Tiene como objetivo ayudar al paciente en la recuperación inicial de su primer episodio psicótico y evitar o aliviar la frecuente morbilidad secundaria asociada a éste. Pretende ayudar a preservar un sentido del yo (identidad), a promover una sensación de dominio sobre la experiencia de la psicosis y a preservar o a incrementar su autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. La terapia tiene un formato individual y utiliza una combinación de psicoeducación y de técnicas cognitivas.
	Tratamiento sistemático de la psicosis persistente (STOPP) de Edwards (2002)	Está dirigido a personas que presentan una recuperación prolongada del primer episodio de psicosis . El contenido de esta terapia incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, fomentar la automonitorización de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta, e identificar los sesgos de pensamiento.
Terapia de Aceptación y Compromiso para la esquizofrenia	Terapia de Aceptación y Compromiso para la esquizofrenia de Bach (2015)	Esta aproximación considera a las alucinaciones y los delirios como formas de evitación experiencial . En el tratamiento de los delirios y alucinaciones se pretende disminuir la lucha contra los síntomas y, a la vez, aumentar las conductas de la persona que se dirigen a rehacer su vida en el sentido que considere más auténticamente suyo (trabajar los valores que uno tiene y su acción resuelta favor de ellos).

2.2. Otros tratamientos

Los tratamientos farmacológicos para la psicosis se denominan neurolepticos o antipsicóticos. Tienen su principal efecto sobre los síntomas positivos, teniendo un menor efecto sobre los negativos. A continuación se describen los principales fármacos antipsicóticos:

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS		
Clasificación	Tratamientos	Descripción
Antipsicóticos de primera generación	Clorpromacina, otras fenotiazinas y butirofenonas	Son útiles en la remisión de síntomas positivos pero producen efectos adversos relacionados con bloqueos dopaminérgicos a nivel nigroestriatal (efectos extrapiramidales), tuberoinfundibular (galactorrea y amenorrea) y con su acción sobre otros neurotransmisores.
Antipsicóticos de segunda generación	Clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripripazol y paliperidona.	Actúan a nivel mesolímbico-mesocortical, pero no a nivel nigroestriatal, por lo que tienen menos efectos secundarios . Además de promover la disminución de los síntomas positivos, tienen un mayor efecto sobre los síntomas negativos y, a nivel general, son más recomendables que los de primera generación.

Frecuentemente por comodidad y para asegurar la toma debido a la poca conciencia de enfermedad y la baja adherencia al tratamiento que presentan muchos pacientes se recurre a los **neurolépticos depot**, preparados en una inyección intramuscular que permiten una liberación continuada del producto activo durante un tiempo relativamente largo entre dos y cuatro semanas.

3. EFICACIA

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA			
	Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez (2010)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del Ministerio de Sanidad (2009)
Paquetes integrados multimodales	Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1).	Es una intervención validada empíricamente (efectividad superior a condiciones control).	Tratamiento bien establecido.
Entrenamiento en habilidades sociales	Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1).	Puede tener un efecto positivo sobre el funcionamiento social (aunque no parece ser efectiva para la disminución de los síntomas negativos o prevenir recaídas). Se incluye como una práctica indicada para prevenir el deterioro funcional pero no como un tratamiento de primera elección para todas las personas con esquizofrenia.	Ha demostrado favorecer la mejoría del funcionamiento social y la calidad de vida (pero se recomienda aplicarlo a pacientes graves o moderadamente discapacitados).

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA			
	Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez (2010)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros
			Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del Ministerio de Sanidad (2009)
Rehabilitación cognitiva		Su eficacia aún se encuentra en entredicho, señalándose efectos positivos moderados sobre variables cognitivas, y con pequeña transferencia al funcionamiento social y a la psicopatología.	Tratamiento sugerido para la esquizofrenia (la evidencia científica es insuficiente para determinar si la rehabilitación cognitiva mejora la condición mental).
Intervenciones psicoeducativas familiares	Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2).	Combinadas con el tratamiento antipsicótico han probado ser eficaces en la remisión de la emoción expresada de las familias, así como en las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes.	Es una intervención eficaz en cuanto a la reducción del número de recaídas e ingresos hospitalarios.
Tratamientos cognitivo-conductuales de modificación de conducta para los delirios y las alucinaciones	Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2).	Es el tratamiento psicológico de elección para la sintomatología positiva el aconsejado por un mayor número de asociaciones científicas.	Se demuestra un efecto beneficioso del tratamiento cognitivo-conductual sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia, si bien existen dudas sobre la estabilidad en el tiempo.
Potenciación de estrategias de afrontamiento	Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2).		
Terapia de focalización	Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3).		
Terapia de Aceptación y Compromiso		Es un tratamiento en fase experimental para la esquizofrenia.	
Rehabilitación psicosocial y laboral		Es un tratamiento de primera línea para la intervención psicosocial en la esquizofrenia.	La rehabilitación laboral ha demostrado ser el método de intervención más adecuado y eficaz a la hora de insertar pacientes con trastorno mental grave en un empleo normalizado.
Tratamiento asertivo comunitario		Es un tratamiento de primera línea para la intervención psicosocial en la esquizofrenia.	Es un enfoque clínicamente eficaz para la atención a personas con trastorno mental grave.
Terapia Personal			Tratamiento sugerido para la esquizofrenia.
Antipsicóticos	Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1).		Tratamiento bien establecido para la esquizofrenia.

4. PREGUNTAS RELEVANTES

A continuación hemos clasificado las preguntas de convocatoria acerca de las intervenciones de la esquizofrenia en función de los distintos programas de tratamiento y el contenido:

Tema	Pregunta	Comentario
Tratamiento farmacológico	PIR 96, 194. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de elección en el enfermo esquizofrénico?: 1) Los inhibidores de la recaptación de serotonina. 2) Las sales de litio. 3) Los neurolepticos. 4) Los IMAOS (inhibidores de la monoaminoxidasa). 5) Los antidepresivos tricíclicos.	RC: 3. El tratamiento de elección desde el punto de vista psicofarmacológico para la esquizofrenia son los neurolepticos o antipsicóticos . Tienen su efecto principal en los síntomas positivos, teniendo un menor efecto sobre los negativos y produciendo también un efecto sedante.
	PIR 01, 169. ¿Qué es la clozapina?: 1) Es un antidepresivo. 2) Es un antipsicótico. 3) Es un antagonista de los receptores 5HT1A. 4) Es un antagonista de los receptores gabaérgicos. 5) Es una benzodiazepina.	RC: 2. Entre los antipsicóticos de segunda o nueva generación destacan: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripripazol y paliperidona.
	PIR 02, 50. ¿Por qué un fármaco neuroleptico solamente funciona contra los síntomas positivos?: 1) Porque dichos síntomas se asocian a hiperactividad neuronal dopaminérgica. 2) Porque dichos síntomas se asocian a hipoactividad neuronal dopaminérgica. 3) Porque dichos síntomas se asocian a un cambio estructural del cerebro. 4) Porque dichos síntomas se asocian a hiperactividad neuronal noradrenérgica. 5) Porque dichos síntomas se asocian a cambios en el eje del cortisol.	RC: 1. El mecanismo de acción de los fármacos antipsicóticos consiste en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos. Los síntomas positivos se asocian a un hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas y por ese motivo los fármacos neurolepticos tienen efecto reduciendo esta sintomatología.
	PIR 02, 51. ¿Qué es la butirofenona?: 1) Es un antipsicótico. 2) Es un antidepresivo. 3) Es un antagonista de los receptores glutamatérgicos. 4) Es un antagonista de los receptores 5HT. 5) Es una benzodiazepina.	RC: 1. Las butirofenonas son una de las familias de neurolepticos clásicos en la que se incluye fármacos tan conocidos como el Haloperidol.
	PIR 06, 86. Un efecto secundario de los tratamientos farmacológicos actuales de la esquizofrenia con antipsicóticos es: 1) La exacerbación de las pérdidas de memoria. 2) La aparición de disquinesia tardía. 3) Una mayor proclividad a la adicción a drogas. 4) El aumento de las obsesiones. 5) Una mayor incidencia de problemas de ansiedad.	RC: 2. Entre los efectos adversos de los antipsicóticos (especialmente los de primera generación) destacan los efectos extrapiramidales, acatisia, parkinsonismo y disquinesia tardía. En particular, la disquinesia tardía aparece tras varios meses o años de tratamiento. Se manifiesta de forma muy variada: movimientos bucolingüofaciales, movimientos coreicos del cuello, tronco o extremidades de intensidad y combinación muy variables.

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 10, 198. ¿En qué trastorno debe primarse en la fase aguda el tratamiento farmacológico?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La depresión. 2) El TDAH. 3) La esquizofrenia. 4) La dependencia de la cocaína. 5) El cáncer. 	<p>RC: A. Esta pregunta se anuló probablemente por lo controvertido de hablar de “fase aguda” al tratarse de un término genérico que se puede emplear para muchas patologías a la hora de hablar de la evolución de las mismas. Además, para varios trastornos incluidos entre las opciones de respuesta puede considerarse el tratamiento farmacológico como tratamiento eficaz.</p>
	<p>PIR 12, 151. El tratamiento farmacológico antipsicótico en la esquizofrenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Predispone negativamente al paciente respecto a la terapia cognitiva. 2) Dificulta la realización de enganche terapéutico. 3) Disminuye la probabilidad de obtener efectos positivos con la terapia cognitiva. 4) No tiene ninguna influencia sobre el efecto de la terapia cognitiva. 5) Aumenta la probabilidad de obtener efectos positivos con la terapia cognitiva. 	<p>RC: 5. Desde la perspectiva del modelo de la vulnerabilidad-estrés para la esquizofrenia, dentro de los factores que reducen la vulnerabilidad biológica se incluye el tratamiento farmacológico, imprescindible en las fases agudas del trastorno, ayudando a la remisión de la sintomatología psicótica y posibilitando posteriores intervenciones cognitivo-conductuales.</p>
	<p>PIR 13, 145. En el tratamiento farmacológico de las alucinaciones y los delirios, ¿cuál es la respuesta <u>CORRECTA</u>?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entre un 30-50% de personas con psicosis tratadas con antipsicóticos continúan presentando dificultades derivadas de los síntomas clínicos. 2) Los antipsicóticos actúan sobre los síntomas positivos de la psicosis, pero principalmente eliminan los síntomas negativos. 3) Los efectos secundarios extrapiramidales que provocan son intratables. 4) Cuando un antipsicótico no mejora los síntomas, cambiar el tratamiento no es aconsejable. 5) Es aconsejable no combinarlo con el tratamiento psicológico hasta que no hayan desaparecido los síntomas psicóticos. 	<p>RC: 1. Según Vallejo Pareja (2016), a pesar de los importantes avances experimentados en este campo, los meta-análisis realizados indican que, después de un siglo de intervenciones médicas de diverso tipo, la evolución de la esquizofrenia no ha mejorado significativamente; estimándose que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución, y que el 75% tiene una adhesión irregular al tratamiento farmacológico, entre otras razones por sus efectos secundarios. Por ello, se constata la conveniencia de aplicar otros tratamientos además de la medicación y los cuidados tradicionales.</p>
	<p>PIR 13, 146. ¿Qué clase de fármaco es la clozapina?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Un ansiolítico. 2) Un antidepresivo. 3) Un antipsicótico. 4) Una benzodiacepina. 5) Un hipnótico. 	<p>RC: 3. El tratamiento de elección desde el punto de vista psicofarmacológico para la esquizofrenia son los antipsicóticos. Entre los antipsicóticos de nueva generación (atípicos) destacan: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y paliperidona.</p>
	<p>PIR 14, 190. ¿Cuál de los siguientes fármacos <u>NO</u> se utiliza para el tratamiento de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Olanzapina (Zyprexa). 2) Risperidona (Risperdal). 3) Aripiprazol (Abilify). 4) Clozapina (Leponex). 5) Venlafaxina (Dobupal, Vandral). 	<p>RC: 5. Como se ha comentado en la pregunta anterior, entre los antipsicóticos de nueva generación destacan: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y paliperidona. La venlafaxina es un fármaco antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 15, 121. La medicación antipsicótica para un primer episodio de psicosis después de la primera recuperación de los síntomas debería mantenerse durante un mínimo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Un año. 2) Dos años. 3) Cuatro años. 4) Indefinidamente. 	<p>RC: 2. La Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia del Ministerio de Sanidad (2009) recomienda que “la medicación antipsicótica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis debería mantenerse durante un mínimo de dos años después de la primera recuperación de los síntomas”.</p>
	<p>PIR 15, 124. En el tratamiento inicial de la esquizofrenia se recomienda la utilización de medicación antipsicótica de segunda generación porque:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Eliminan completamente la sintomatología negativa. 2) No interfieren en el funcionamiento cognitivo. 3) Tienen mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía. 4) No aumentan el riesgo de desarrollar un síndrome metabólico. 	<p>RC: 3. Entre las consideraciones que hace la Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia del Ministerio de Sanidad (2009) figura que en pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía.</p>
	<p>PIR 17, 153. Respecto al tratamiento farmacológico para la esquizofrenia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Según las guías clínicas, el tratamiento farmacológico es el tratamiento de elección en las fases agudas, pero es opcional en las fases de mantenimiento. 2) El tratamiento farmacológico consigue la remisión de los síntomas positivos en aproximadamente un 80% de los pacientes. 3) Una de las principales diferencias entre los antipsicóticos típicos y los atípicos está en los efectos secundarios adversos que generan. 4) Los antipsicóticos se han mostrado igualmente eficaces tanto para la sintomatología positiva como para la negativa. 	<p>RC: 3. Existen dos tipos de antipsicóticos: los típicos y los atípicos. Los antipsicóticos típicos producen efectos adversos relacionados con bloqueos dopaminérgicos a nivel nigroestriatal (efectos extrapiramidales), tuberoinfundibular (galactorrea y amenorrea) y con su acción sobre otros neurotransmisores. Los antipsicóticos atípicos actúan a nivel mesolímbico-mesocortical, pero no a nivel nigroestriatal, por lo que tienen menos efectos secundarios. Su acción antipsicótica se asocia también con su actuación a nivel serotoninérgico. Se afirma que tienen un mayor efecto sobre los síntomas negativos y, a nivel general, son más recomendables que los típicos.</p>
	<p>PIR 17, 154. ¿Cuál de los siguientes fármacos es un antipsicótico?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sertralina. 2) Diazepam. 3) Olanzapina. 4) Paroxetina. 	<p>RC: 3. El tratamiento de elección para la esquizofrenia desde el punto de vista psicofarmacológico son los antipsicóticos. Entre los antipsicóticos de nueva generación destacan la clozapina, la risperidona y la olanzapina.</p>
<p>Intervenciones psicoeducativas familiares</p>	<p>PIR 96, 196. La intervención sistémica en el enfermo esquizofrénico está especialmente indicada cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Convive con una familia con alta expresividad emocional. 2) Hay una intolerancia a la medicación antipsicótica. 3) El paciente está ingresado. 4) Hay antecedentes de esquizofrenia en el árbol familiar. 5) Presenta una esquizofrenia de tipo catatónico. 	<p>RC: 1. Las intervenciones familiares, combinadas con medicación antipsicótica han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada, en la sintomatología clínica, en las recaídas y reshospitalizaciones de los pacientes.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 12, 149. Combinando con la medicación antipsicótica, el tratamiento psicológico que parece haber demostrado mayor eficacia en la reducción de las recaídas y hospitalizaciones en la esquizofrenia es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La intervención familiar. 2) La terapia de focalización. 3) La psicoeducación individual. 4) La potenciación de estrategias de afrontamiento. 5) El entrenamiento en habilidades sociales interpersonales. 	<p>RC: 1. Como se ha señalado en el comentario anterior, las intervenciones familiares han probado ser eficaces en la reducción del número de recaídas y reshospitalizaciones de los pacientes.</p>
	<p>PIR 13, 144. La evaluación del constructo de emoción expresada es especialmente significativa en el tratamiento de la esquizofrenia cuando se aplica la siguiente intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cognitivo conductual de síntomas psicóticos. 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales. 3) Intervención familiar. 4) Rehabilitación cognitiva. 5) Rehabilitación laboral. 	<p>RC: 3. Como se ha señalado en el comentario de las dos preguntas previas, las intervenciones familiares han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada.</p>
	<p>PIR 14, 163. El uso de la psicoeducación en la esquizofrenia actualmente adopta un criterio protésico en lugar de emitir juicios de inhabilitación. ¿Qué meta debe fijarse la psicoeducación para seguir este principio?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se intenta que la persona descubra todo aquello que ya nunca podrá hacer debido a sus capacidades. 2) Se instruye a la persona a que evite tomar decisiones por sí misma porque su trastorno le inhabilita para ello. 3) Se intenta que la persona descubra la mejor manera de realizar su vida pero aceptando y teniendo en cuenta sus capacidades. 4) Se intenta que concentre todos sus esfuerzos en sus puntos fuertes y que ignore sus discapacidades. 5) Se instruye a la persona sobre el hecho de que sólo podrá conseguir sus metas si toma la medicación y hace psicoterapia. 	<p>RC: 3. El enfoque psicoeducativo trata de dignificar a la persona afectada de esquizofrenia, considerándola un sujeto de derecho, autónomo y con capacidad para dirigir su vida. Ante los episodios psicóticos se adopta un criterio protésico, en vez de un juicio de inhabilitación. Es decir, se piensa cuál es la mejor forma en que se puede ayudar a la persona discapacitada para que ejerza sus roles sociales a pesar de sus minusvalías.</p>
	<p>PIR 14, 166. La evaluación de la emoción expresada resulta útil en el contexto del tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Pero ¿de qué esfera forma parte habitualmente la evaluación de la emoción expresada?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De la evaluación de síntomas. 2) De la evaluación del insight. 3) De la evaluación cognitiva. 4) De la evaluación familiar. 5) De la evaluación racional-emotiva. 	<p>RC: 4. Como se ha señalado en el comentario de la pregunta 144 de la convocatoria 2013, las intervenciones familiares han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 15, 126. ¿Qué modalidad de intervención familiar de la esquizofrenia tiene entre sus principales objetivos la reducción de la emoción expresada y del contacto con el paciente y el aumento de las redes sociales de la familia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El modelo psicoeducativo de Anderson. 2) El modelo sociofamiliar de Leff. 3) El modelo cognitivo conductual de Tarrrier. 4) La terapia familiar conductual de Fallon. 	<p>RC: 2. Dentro de las modalidades de intervención familiar, el paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff tiene como objetivos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducir la emoción expresada. – Aumentar las redes sociales de la familia. – Reducir las expectativas no realistas. – Mejorar la comunicación.
	<p>PIR 16, 165. Disminuir la alta Emoción Expresada (Leff y Vaughn, 1989) es el objetivo de diferentes programas de intervención familiar en esquizofrenia. ¿Cuál de las siguientes dimensiones NO corresponde a este constructo de "Emoción Expresada Familiar"?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Calor. 2) Sobreimplicación. 3) Ambivalencia. 4) Hostilidad. 	<p>RC: 3. La Emoción Expresada es un concepto formado por cinco elementos: 1) Criticismo, 2) Hostilidad, 3) Sobreimplicación, 4) Calor y 5) Comentarios positivos. La única opción de respuesta que no se incluye entre los 5 elementos es la ambivalencia.</p>
Tratamientos cognitivo-conductuales de modificación de conducta para los delirios y las alucinaciones	<p>PIR 00, 112. ¿Qué técnica psicológica se utiliza en el tratamiento de las ideas delirantes de los pacientes psicóticos?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reestructuración cognitiva. 2) Autoinstrucciones. 3) Saciación. 4) Parada del pensamiento. 5) Desvío de la atención. 	<p>RC: 5. Si bien la eliminación definitiva de los síntomas positivos puede no ser un objetivo alcanzable con algunos pacientes, el objetivo principal de las técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de las ideas delirantes buscaba reducir la experiencia de malestar asociada a los síntomas a través de técnicas como el desvío de la atención.</p>
	<p>PIR 07, 240. A partir de los resultados obtenidos en los estudios sobre eficacia realizados sobre el tratamiento de la Esquizofrenia, los tratamientos cognitivo-conductuales resultan útiles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Para tratar los síntomas negativos. 2) Para tratar los síntomas positivos. 3) En las fases agudas de la enfermedad. 4) En los pacientes hospitalizados. 5) En los pacientes con problemas más crónicos. 	<p>RC: 2. Los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes han demostrado ser eficaces para una mejor recuperación de la esquizofrenia.</p>
	<p>PIR 10, 201. En desafío verbal y la prueba de realidad permite reducir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El número de noches mojadas en enuresis. 2) Los ataques de pánico en el seguimiento. 3) El insomnio en sujetos deprimidos. 4) Las confusiones verbales en enfermos de Alzheimer. 5) Las creencias delirantes en pacientes psicóticos. 	<p>RC: 5. Las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de delirios y alucinaciones abordan los síntomas positivos directamente desde una estrategia socrática: identificación de sesgos y creencias, desafío verbal, prueba de realidad y reformulación.</p>
	<p>PIR 11, 208. Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos de la esquizofrenia han mostrado su mayor utilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En la fase prodrómica del trastorno. 2) En la fase aguda del trastorno. 3) En la fase de estabilización del trastorno. 4) En la fase estable del trastorno. 5) En todas las fases anteriores del trastorno. 	<p>RC: 4. Los tratamientos cognitivos conductuales están dirigidos tanto a los síntomas positivos como a las alteraciones de los procesos cognitivos subyacentes. Las intervenciones hasta el momento se han dirigido en su mayoría a la fase estable o residual siendo complementarias a la medicación en las fases de estabilización sintomática.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 14, 162. ¿Cuál es el objetivo fundamental de la terapia cognitiva para las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Eliminar por completo la aparición de las alucinaciones auditivas. 2) Evitar escuchar las alucinaciones y evitar las situaciones que las provocan. 3) Conseguir que nadie se dé cuenta que la persona está teniendo las alucinaciones. 4) Reducir las creencias sobre la omnipotencia, la malevolencia, la benevolencia y la obediencia, respecto a las voces. 5) Modificar las creencias que tienen sobre la esquizofrenia y la medicación. <p>PIR 15, 123. Para el tratamiento de los síntomas positivos persistentes en la esquizofrenia la terapia psicológica indicada es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La intervención familiar. 2) La psicoterapia psicodinámica. 3) La rehabilitación cognitiva. 4) La terapia cognitivo-conductual. <p>PIR 16, 170. Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) son poco eficaces:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En fases agudas. 2) En fase prodrómica. 3) Con pacientes que toman psicofármacos. 4) Con pacientes en programas de intervención temprana. <p>PIR 17, 147. Respecto del tratamiento cognitivo-conductual para la esquizofrenia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es <u>INCORRECTA</u>?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La mayoría de programas de tratamiento cognitivo-conductual tienen una duración aproximada en torno a las 20 sesiones. 2) Su eficacia se ha demostrado de forma consistente tanto en la fase estable como en la fase aguda de la enfermedad. 3) El tratamiento cognitivo-conductual ha mostrado eficacia básicamente sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia. 4) El tratamiento cognitivo-conductual figura entre los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia con mayor apoyo experimental. 	<p>RC: 4. El modelo cognitivo conceptualiza las voces como pensamientos automáticos externalizados. Si bien la eliminación definitiva de la actividad de voces puede no ser un objetivo alcanzable con algunos pacientes, el objetivo principal de la terapia cognitiva es reducir la experiencia de malestar asociada a las voces y mejorar su calidad de vida. Para ello, más allá del empleo de métodos de distracción, los planteamientos de la terapia cognitiva se enfocan en reducir su malestar emocional asociado a la actividad de las voces ayudando al paciente a cuestionar las creencias sobre la omnipotencia, la malevolencia, la benevolencia y la obediencia, respecto a las voces.</p> <p>RC: 4. En la Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia del Ministerio de Sanidad (2009) se recomienda la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas psicóticos persistentes (especialmente alucinaciones) a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado.</p> <p>RC: 1. La Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez y cols. (2010) concluye que los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos son poco eficaces en fases agudas y complementarios a la medicación en fases de estabilización sintomática.</p> <p>RC: 2. El tratamiento cognitivo-conductual figura entre los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia con mayor apoyo experimental. Hasta el momento, las intervenciones se han dirigido mayoritariamente a la fase estable o residual del trastorno esquizofrénico, siendo las intervenciones en la fase aguda muy escasas y con resultados pobres y contradictorios.</p>
Terapia de focalización	<p>PIR 11, 150. La denominada terapia de focalización (Slade y Bentall, 1988) se utiliza en el tratamiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Los atracones en la bulimia nerviosa. 2) Las alucinaciones auditivas verbales en la esquizofrenia. 3) El conocimiento del propio cuerpo en la obesidad. 4) El control de la respiración en el insomnio. 5) Los tics motores en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. 	<p>RC: 2. La terapia de focalización (Slade y Bentall, 1988) se utiliza específicamente para el tratamiento de las alucinaciones auditivas verbales en sujetos con esquizofrenia, siendo su objetivo la reducción de la frecuencia y el malestar de las mismas.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 14, 165. La terapia de focalización para las alucinaciones auditivas de Bentall, Had-dock y Slade (1994) utiliza diferentes estrategias terapéuticas. ¿Cuál de las siguientes opciones NO se contempla en el modelo de la terapia de focalización?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se le pide al paciente que se fije y describa las características físicas de sus voces (por ejemplo tono, intensidad, localización). 2) Se le pide al paciente que observe la relación entre el contenido de las alucinaciones y preocupaciones actuales. 3) Se le pide al paciente que observe la relación entre el contenido de las alucinaciones y sus experiencias vitales. 4) Se le pide al paciente que neutralice el contenido de sus voces centrándose en sus sensaciones fisiológicas propioceptivas. 5) Se le pide que observe sus reacciones ante las voces y, en particular, a sus creencias sobre ellas. 	<p>RC: 4. Esta terapia se dirige a la focalización en las características físicas y emocionales de las alucinaciones auditivas persistentes. Estos autores han diseñado un procedimiento de intervención en tres fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Solicitar que el paciente dirija la atención a la forma y características físicas de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio y las someta a discusión en terapia. b) Después se le pide que hable sobre el contenido de las voces y que observe la relación entre éstas y sus preocupaciones actuales y las experiencias vitales. c) Posteriormente, se le pide que observe sus reacciones ante las voces y, en particular, a sus creencias sobre ellas. <p>En conclusión, la única opción que no se contempla en el modelo de la terapia de focalización es la 4.</p>
<p>Terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento</p>	<p>PIR 12, 146. La terapia psicológica de potenciación de estrategias de afrontamiento diseñada por Tarrier se aplica fundamentalmente en la esquizofrenia y se compone de diferentes elementos. Señale el único que NO corresponde a esa terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autoinstrucciones. 2) Técnicas de distracción. 3) Relajación o respiración controlada. 4) Aumento del número de actividades diarias. 5) Modificación de creencias disfuncionales. <p>PIR 17, 150. ¿Cuál de los siguientes programas es un tratamiento de orientación cognitivo-conductual específico para los síntomas positivos de la esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento de Tarrier. 2) La terapia psicológica integrada de Hodel y Brenner. 3) La terapia de potenciación cognitiva de Hogarty y Flesher. 4) La terapia personal de Hogarty. 	<p>RC: 5. Este tratamiento trata de enseñar diferentes estrategias para afrontar las alucinaciones y delirios. Se incluyen: técnicas cognitivas de distracción o autoinstrucciones, técnicas para incrementar el nivel de actividad o la reducción de la actividad social, técnicas fisiológicas de relajación o respiración controlada, y técnicas sensoriales que modifican el input sensorial. La modificación de creencias disfuncionales no se encuentra dentro de las técnicas usadas en esta terapia.</p> <p>RC: 1. Entre los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados a la esquizofrenia destaca la terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento (Tarrier, 1993). Este procedimiento de intervención cuenta con los siguientes pasos: evaluación de los síntomas, identificar los síntomas psicóticos, selección de un síntoma y de las estrategias de afrontamiento, práctica de las estrategias de afrontamiento y generalización.</p>
<p>Terapia de Orientación Cognitiva para la psicosis (COPE)</p>	<p>PIR 15, 125. La terapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE) es un formato de terapia recomendado para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Todas las fases de la psicosis. 2) La fase aguda de la psicosis. 3) La fase de recuperación de la psicosis (entre 6 y 24 o más meses) tras un primer episodio de la enfermedad. 4) La fase recuperación temprana de la psicosis tras un primer episodio de la enfermedad. 	<p>RC: A. Según la Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez y cols. (2010), la COPE es un formato recomendado tanto para la fase de recuperación temprana (2-6 meses aproximadamente) (opción 4), como en la fase de recuperación posterior (entre 6 y 24 o más meses) (opción 3). Por lo tanto, al existir dos alternativas de respuesta igualmente correctas está pregunta fue anulada en la planilla definitiva de respuestas.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia de cumplimiento	<p>PIR 17, 148. ¿Cuál de los siguientes programas NO es un tipo de intervención familiar?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El modelo psicoeducativo de Anderson. 2) Las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier. 3) La terapia de cumplimiento de Kemp. 4) El paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff. 	<p>RC: 3. La terapia de cumplimiento (Kemp, 1997) se trata de una terapia diferente al resto de las que aparecen en las opciones de respuesta, debido a que su aplicación es más corta y se realiza en unidades de agudos. Tiene como objetivo el cumplimiento farmacológico y aumentar el nivel de insight.</p>
	<p>PIR 17, 152. ¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos para la esquizofrenia está especialmente diseñado para aplicar en fases agudas y durante el ingreso hospitalario?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terapia de focalización de Bentall. 2) Terapia de cumplimiento de Kemp. 3) Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick. 4) Terapia de Potenciación Cognitiva de Hogarty y Flesher. 	<p>RC: 2. Como figura en el comentario anterior, la terapia de cumplimiento se realiza en unidades de agudos durante el ingreso hospitalario.</p>
Rehabilitación psicosocial y laboral	<p>PIR 11, 166. Uno de los tratamientos psicosociales que tiene apoyo experimental de su eficacia aplicado a la esquizofrenia es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La aplicación del condicionamiento clásico para el control de los delirios. 2) Los diseños de N = 1 en todos los pacientes. 3) Incluir a la persona en familias múltiples para reducir las alucinaciones. 4) Los procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral. 5) Que el paciente asuma el modelo de enfermedad a lo largo de todo el tratamiento. 	<p>RC: 4. Uno de los tratamientos psicosociales para la esquizofrenia con mayor apoyo hasta el momento son los procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral. Dicha intervención estaría indicada para fases estables del trastorno.</p>
	<p>PIR 12, 187. El principio más importante de la rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Facilitar la creación de recursos sociales específicos de pacientes para que puedan interactuar libremente. 2) Crear espacios sociales, educativos y de ocio para que los pacientes se relacionen, aprendan y se diviertan juntos. 3) Entrenarles a visitar regularmente al psicólogo, el psiquiatra y estar en contacto con los servicios sociales. 4) Facilitar la máxima autonomía posible del paciente en su propia comunidad. 5) Facilitar que tengan un nivel alto de actividades sociales y una buena formación continuada. 	<p>RC: 4. El objetivo principal de la rehabilitación de los sujetos con esquizofrenia es conseguir una vida independiente y normalizada. Todo ello implica la consecución de múltiples habilidades y competencias, la higiene y el cuidado personal, la atención a las enfermedades, el manejo del dinero, la nutrición, el uso del transporte, la autonomía laboral... La adherencia al tratamiento es un objetivo a cumplir mediante la autonomía que el sujeto adquiera progresivamente.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia Psicológica Integrada (IPT)	<p>PIR 12, 150. El módulo de diferenciación cognitiva de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Brenner y cols. (1992) tiene como foco de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Análisis e interpretación de diferentes estímulos sociales. 2) Habilidades de atención y formación de conceptos. 3) Competencia en habilidades de cognición social. 4) Detección y reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales. 5) Habilidades cognitivas de autocontrol. 	<p>RC: 2. La Terapia Psicológica Integrada se trata de un tratamiento eficaz para la esquizofrenia. Se trata de un programa estructurado compuesto por 5 subprogramas ordenados jerárquicamente. El primero de ellos es el módulo de diferenciación cognitiva que trata de mejorar los procesos atencionales, la formación de conceptos, la memoria semántica y el procesamiento abstracto y asociativo.</p>
	<p>PIR 14, 167. La terapia psicológica integral (IPT) de Brenner y colaboradores (1992) está formada por diferentes subprogramas. ¿Cuál de estos subprogramas NO pertenece a dicha terapia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diferenciación cognitiva. 2) Solución de problemas interpersonales. 3) Percepción social. 4) Habilidades sociales. 5) Manejo y control del estrés. 	<p>RC: 5 Los 5 subprogramas ordenados jerárquicamente que componen la IPT de Brenner son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diferenciación cognitiva. – Percepción social. – Comunicación verbal. – Habilidades sociales. – Solución de problemas interpersonales. <p>El único subprograma que no pertenece a la ITP es el de manejo y control del estrés.</p>
	<p>PIR 15, 127. La aplicación de la terapia psicológica integrada de la esquizofrenia de Roder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mejora significativamente las variables cognitivas y conductuales tras el tratamiento. 2) Mejora exclusivamente las variables cognitivas. 3) Mejora las variables cognitivas significativamente mientras que sus efectos conductuales son inconsistentes. 4) Mejora inconsistentemente las variables cognitivas y conductuales. 	<p>RC: 3. Respecto a la IPT para la esquizofrenia, la Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez y cols. (2010) señala que se han encontrado mejorías significativas en las variables cognitivas tras el tratamiento, mientras que sus efectos sobre los niveles conductuales han sido inconsistentes.</p>
	<p>PIR 17, 146. ¿Cuál de los siguientes programas de tratamiento psicosocial de la esquizofrenia contiene un módulo específico de entrenamiento en habilidades sociales?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La terapia de Remediación Cognitiva (Wykes y Reeder, 2005). 2) La terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996). 3) La terapia de focalización (Slade y Bentall, 1988). 4) La terapia psicológica integrada (IPT, Brenner et al., 1992). 	<p>RC: 4. La IPT, terapia psicológica integrada es un programa de intervención grupal, de orientación conductual que consta de 5 de subprogramas ordenados jerárquicamente: Diferenciación cognitiva, Percepción social, Comunicación verbal, Habilidades sociales, Solución de problemas interpersonales.</p>
	<p>PIR 17, 149. ¿Cuál de los siguientes subprogramas forma parte de la Terapia Psicológica Integrada (ITP) de Hodel y Brenner?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Percepción social. 2) Afrontamiento interno. 3) Psicoeducación. 4) Modificación de creencias. 	<p>RC: 1. Como figura en el comentario anterior, la IPT consta de 5 de subprogramas, siendo el segundo de ellos el de Percepción social.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Habilidades Sociales	<p>PIR 13, 148. En el ámbito de la esquizofrenia, señale cuál de los módulos de habilidades sociales para vivir de forma independiente <u>NO</u> forma parte del programa desarrollado por Liberman y colaboradores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Módulo de reintegración en la comunidad. 2) Módulo de control/manejo de abuso de sustancias (patología dual). 3) Módulo de relaciones interpersonales e íntimas. 4) Módulo de ocio y tiempo libre. 5) Módulo de manejo de crisis. 	<p>RC: 5. El programa de entrenamiento de Habilidades Sociales para la esquizofrenia de Liberman se compone de un conjunto de módulos estandarizados para el tratamiento de déficit de habilidades sociales, que incluye ámbitos deficitarios como el automanejo (de los síntomas, de la medicación, del consumo de tóxicos), el regreso a la comunidad, la vivienda, el trabajo y el ocio.</p>
	<p>PIR 14, 102. Las principales técnicas en el Entrenamiento de Habilidades Sociales para las personas con esquizofrenia incluyen en modelado, ensayo de conducta y retroalimentación. Pero, ¿qué otras técnicas resultan recomendables?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Técnicas de relajación. 2) Técnicas de discusión dirigida y la técnica del grupo nominal (TGN). 3) Técnicas de instigación (Prompting) y aleccionamiento (Coaching). 4) Técnicas de retroalimentación biológica (Biofeedback). 5) Técnicas de conciencia plena (Mindfulness). 	<p>RC: 3. El Entrenamiento en Habilidades Sociales es una de las terapias psicosociales reconocida en general como eficaz con pacientes con esquizofrenia. Aunque la principal estrategia para enseñar las habilidades sociales incluye los elementos típicos de modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y representación de papeles adicional, se pueden utilizar también otros procedimientos.</p> <p>Por ejemplo, el aleccionamiento (coaching) (proporcionar ayudas verbales) y el indicar (prompting) (proporcionar señales con la mano) durante la representación de papeles puede ayudar a los pacientes a mejorar su actuación.</p>
	<p>PIR 16, 164. Respecto de la generalización de las habilidades sociales aprendidas en el tratamiento de la esquizofrenia, ¿qué afirmación es la <u>CORRECTA</u>?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La graduación de los estímulos debe ser rápida. 2) Se debe trabajar con los mismos interlocutores. 3) No se debe repetir en exceso las conductas entrenadas para evitar que se produzca un sobreaprendizaje. 4) Se deben valorar las posibles consecuencias de la emisión de conductas en el medio. 	<p>RC: 4. Respecto de la generalización de las habilidades sociales aprendidas en el tratamiento de la esquizofrenia es importante examinar los posibles cambios que se puedan producir a causa de la nueva conducta del paciente en su entorno cultural. Lo que se pretende con las estrategias de generalización es que los resultados se generalicen a otras situaciones interpersonales, contextos diferentes y ante interlocutores distintos.</p>
	<p>PIR 16, 169. De los siguientes elementos, ¿cuáles son característicos en una sesión típica de entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de la esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificación del problema, exposición en imaginación, modelado y tareas para casa. 2) Identificación del problema, técnicas de relajación, modelado y tareas para casa. 3) Identificación del problema, reestructuración cognitiva, modelado y tareas para casa. 4) Identificación del problema, ensayos de conducta, modelado y tareas para casa. 	<p>RC: 4. Todos los programas suelen incluir varios componentes básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificación del problema. – Modelado. – Ensayo de conducta. Puede considerarse como el elemento fundamental del entrenamiento ya que permite a los sujetos tomar un papel activo en el proceso de adquisición de habilidades. – Tareas para casa y estrategias de generalización.

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>PIR 17, 151. ¿Cuál es uno de los principales inconvenientes de los programas de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El rechazo de los pacientes a este tipo de intervenciones. 2) La incapacidad de los pacientes para aprender nuevas habilidades debido al deterioro de la enfermedad. 3) Que las habilidades sociales no inciden en el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente. 4) La dificultad de generalización del aprendizaje a situaciones sociales complejas. 	<p>RC: 4. Uno de los principales problemas de la técnica es la generalización de las habilidades sociales aprendidas. Se pueden esperar moderadas generalizaciones (que se potencia con la práctica en el contexto natural y el refuerzo), si bien, la generalización es menor con habilidades de relaciones sociales más complejas.</p>
<p>Tratamiento Asertivo Comunitario</p>	<p>PIR 13, 143. ¿Cuál de los siguientes tratamientos <u>NO</u> ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de la esquizofrenia?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El tratamiento asertivo comunitario. 2) Procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral. 3) Los programas integrados de rehabilitación cognitiva. 4) La intervención familiar psicoeducativa. 5) La terapia psicoanalítica de tiempo limitado. <p>PIR 16, 166. ¿Por qué característica está definido el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) para personas con trastorno mental grave?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se da soporte al paciente pero no a los familiares ni a los cuidadores. 2) Es un modelo que pone el énfasis en la medicación. 3) Ofrece un tratamiento individualizado, centrado en el paciente y en su entorno natural. 4) Se complementa con otros servicios sanitarios, dado que el equipo que desarrolla el TAC no cubre las 24 horas del día. 	<p>RC: 5. De todos los tratamientos que figuran en las alternativas de respuesta, la terapia psicoanalítica de tiempo limitado es la única que no aparece en las principales guías de práctica clínica internacionales y nacionales para el tratamiento de la esquizofrenia.</p> <p>RC: 3. El Tratamiento Asertivo Comunitario es uno de los modelos de Programas de seguimiento y cuidado de personas en la comunidad, sin la necesidad de estar ingresadas en un hospital, mediante un equipo de profesionales que atienden a la persona y a la familia en su domicilio y en el mismo entorno social. Los tratamientos y servicios de apoyo son individualizados y personalizados, enfocados a la cobertura de las necesidades y deseos de la persona, con implicación activa de la misma.</p>
<p>Rehabilitación cognitiva</p>	<p>PIR 16, 167. En la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es <u>CORRECTA</u>?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se debe comenzar por tareas que exijan una demanda alta de capacidad atencional. 2) Se debe entrenar a la persona en las tareas que exijan un solo tipo de respuesta. 3) Se deben utilizar programas que se ajusten a las necesidades generales y abstractas de la persona. 4) Se debe realizar un entrenamiento meta-cognitivo. 	<p>RC: 4. Uno de los principales procedimientos terapéuticos de rehabilitación cognitiva para la esquizofrenia es la Terapia de Remediación Cognitiva (Wykes y Reeder, 2005). Los objetivos principales son: aumentar la capacidad y la eficiencia de las funciones cognitivas, enseñar esquemas cognitivos variados y transferibles para guiar la acción, mejorar la metacognición y aumentar la motivación.</p>

5. TABLA RESUMEN

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

