

Jorge Téllez-Vargas

## TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA 1

---

Estigma y esquizofrenia

Objetivo de las terapias psicosociales

Adherencia al tratamiento

Síntomas depresivos y suicidio

Programas de psicoeducación

Intervenciones psicosociales de tipo individual

Terapia cognoscitivo comportamental

Intervenciones psicosociales de tipo familiar

1. Algunos contenidos del capítulo harán parte del capítulo "Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia" del libro Psiquiatría y psicofarmacología de los doctores RENATO ALARCÓN y GUIDO MAZZOTTI, que será publicado por el Manual Moderno.

EL TRATAMIENTO farmacológico con neurolépticos reduce los llamados síntomas positivos pero no modifica los síntomas negativos, afectivos y cognoscitivos. Las investigaciones realizadas con los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, han demostrado que estas medicaciones actúan sobre los síntomas negativos y positivos y pueden disminuir la intensidad de los síntomas afectivos y cognoscitivos. Sin embargo, ambos tipos de moléculas han mostrado ser ineficaces en aliviar las alteraciones cognoscitivas residuales y el deterioro social producido por la esquizofrenia, razón por la cual cerca del 40% de los pacientes continúan presentando síntomas psicóticos severos, independientemente de que continúen adheridos a un tratamiento farmacológico.

Las alteraciones cognoscitivas residuales y la pobreza en la interacción social son el resultado de la esquizofrenia, que en sí misma, es una enfermedad crónica deteriorante, y del funcionamiento cognoscitivo premórbido, que se encuentra más comprometido en los pacientes varones, que en las mujeres que padecen esquizofrenia.

El pronóstico sombrío de la esquizofrenia está relacionado en forma positiva con la presencia e intensidad de los síntomas negativos, el pobre ajuste social premórbido, el género masculino, la aparición del brote psicótico en etapas tempranas de la existencia, la aparición insidiosa de los síntomas, la demora en iniciar el tratamiento para el primer brote psicótico y la ausencia de eventos desencadenantes en la aparición de la sintomatología esquizofrénica. Los estudios realizados por HO y cols. encontraron que al cabo de dos años de seguimiento de un grupo de pacientes esquizofrénicos, el funcionamiento cognoscitivo y social del paciente antes de la aparición de los síntomas psicóticos y la presencia de síntomas negativos severos se relacionan con una pobre calidad de vida: desempleo, dependencia financiera de sus padres y cuidadores, escasas o nulas relaciones con amigos y escasa participación en actividades de ocio.

Frente a estos hechos es necesario evaluar criterios diferentes a los síntomas positivos o negativos, las tasas de recaídas y de nuevas hospitalizaciones para medir la evolución de la esquizofrenia. Se han propuesto como nuevos criterios al desempeño cognoscitivo, las habilidades sociales y el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el empleo competitivo y la presencia de comorbidad con el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

Los antipsicóticos, ya sean neurolepticos o de segunda generación, resultan ineficaces para corregir el compromiso y deterioro que la esquizofrenia ocasiona en estos nuevos parámetros. Para mejorar el déficit cognoscitivo y el deterioro de las actividades sociales se han empleado diferentes estrategias psicosociales, tales como, psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar, rehabilitación cognoscitiva y entrenamiento para convivir con los síntomas psicóticos residuales, intervenciones que buscan, finalmente, mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia, mediante la consecución de empleo, búsqueda de la independencia económica, mejoramiento de las relaciones interpersonales o participación en actividades recreativas y de ocio.

Se considera que una medida indirecta de la eficacia de las estrategias psicosociales puede ser la disminución del número de recaídas clínicas y de nuevas hospitalizaciones y el obtener un mejor nivel en su calidad de vida.

PENN y MUESER, BUSTILLO y cols. y PILLING y cols. han analizado la eficacia de las estrategias psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia, mediante la revisión de los diferentes trabajos publicados. La mayor parte de los trabajos revisados por estos autores refieren que las medicaciones antipsicóticas se prescribieron en dosis óptimas, por lo cual la evaluación del efecto de las intervenciones psicosociales se puede realizar en forma válida y confiable.

Los resultados obtenidos son promisorios pero ponen de manifiesto las dificultades en la investigación y en la definición de los términos, lo cual no permite generalizar ni extrapolar los resultados.

En promedio, según el trabajo de revisión de BUSTILLO y cols., las cifras de recaídas clínicas son menores en los grupos de pacientes que recibieron intervención familiar (26%) que en los grupos que recibieron un tratamiento rutinario (64%) y los beneficios de las intervenciones psicosociales son más perdurables si se mantienen durante un período superior a dos años.

Las observaciones clínicas de BROWN pusieron de manifiesto que el regreso al seno familiar del paciente que se ha recuperado de una crisis psicótica, se ve obstaculizado por los niveles altos de expresividad emocional de sus familiares. BROWN acuñó el término "emotividad expresada elevada" para referirse a las actitudes de crítica, hostilidad o sobreprotección, que se observa en algunos miembros de la familia, actitudes que originan nuevas recaídas clínicas, aunque el paciente continúe, en forma adecuada, con su tratamiento farmacológico.

Los mejores resultados se han observado en el grupo de pacientes en que los niveles de emotividad expresada (expressed emotion) disminuyó de "alto" a "bajo". Con frecuencia las recaídas clínicas aumentan los niveles de expresión emocional y se presentan en los pacientes más enfermos o crónicos. Es posible que la mejoría observada no solamente sea el resultado de las intervenciones psicosociales, sino que al disminuir las cifras de recaídas y nuevas hospitalizaciones disminuya también el grado de frustración y desesperanza de los familiares y cuidadores, y con ello se logre reducir los niveles de emotividad expresada.

Las investigaciones realizadas en China y con pacientes de origen hispano en Estados Unidos permiten concluir que las diferencias culturales parecen no tener un efecto específico en los resultados de las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia.

## ESTIGMATIZACIÓN Y ESQUIZOFRENIA

El estigma es la influencia malévola de una concepción de un grupo social que produce estragos en la vida de quien es infamado o afrentado. El inmenso daño que produce la estigmatización es debido a la internalización que hace la víctima de los valores negativos que posee el grupo cultural que estigmatiza. Este proceso cognoscitivo con frecuencia se convierte en un juicio negativo que permanece inalterado y que no cede a la argumentación.

Los pacientes con esquizofrenia y sus familiares son estigmatizados debido a la particularidad de los delirios y de las alucinaciones y a los comportamientos violentos e incontrolables, que son percibidos como peligrosos por los diferentes grupos sociales.

El estudio de PHILIPS y cols. encontró que el 60% de los familiares reportó discriminación moderada o severa de sus parientes esquizofrénicos y que ellos mismos en un 28% experimentaban estigmatización de tipo moderado a severo.

La percepción del estigma por parte del paciente es mayor cuando el paciente es un varón joven que presenta síntomas positivos, al parecer porque en la mayoría de los grupos culturales, se tienen mayores expectativas para el hombre que para la mujer. Sin embargo, las madres y esposas de los pacientes con esquizofrenia se sienten estigmatizadas en mayor grado que los padres y esposos de las pacientes.

La percepción del estigma es mayor en las familias cuando la enfermedad se torna crónica y deteriorante. La estigmatización produce en los pacientes y en sus familiares reacciones emocionales intensas, ambivalencia y hostilidad, que

son las responsables de las altas tasas de emotividad expresada, del tipo de crítica permanente o de sobreprotección al paciente, actitudes que están relacionadas con un incremento en las tasas de recaídas clínicas.

El programa de intervención psicosocial debe brindar estrategias para disminuir los efectos del estigma en los pacientes y en sus familiares y permitir la expresión adecuada de las emociones para aminorar los efectos negativos de las internalizaciones realizadas tanto por el paciente como por los familiares.

## OBJETIVO DE LAS TERAPIAS PSICOSOCIALES

Las intervenciones psicosociales están encaminadas a lograr una mayor adherencia al tratamiento, mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben, además brindar, tanto al paciente como a familiares y cuidadores, el apoyo necesario para afrontar la discriminación y el rechazo de que es víctima el paciente esquizofrénico.

Las intervenciones psicosociales deben ayudar a pacientes y familiares a disminuir los niveles elevados de emotividad expresada, a afrontar nuevas realidades, como hospitalizaciones, recaídas clínicas, intentos de suicidio, conductas violentas o aparición de efectos secundarios indeseables, que con frecuencia minan la escasa autoestima del paciente y de la familia, producen sentimientos de frustración y desesperanza e impiden la continuidad del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

La efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la esquizofrenia depende del establecimiento de una alianza terapéutica positiva con el paciente. Es necesario tener en cuenta, que el desarrollo de esta alianza, requiere de gran flexibilidad por parte del terapeuta, que permita superar las dificultades que continuamente se presentan durante el desarrollo del proceso terapéutico.

Los resultados positivos obtenidos con las intervenciones de tipo psicosocial reducen los costos del tratamiento al disminuir las cifras de recaídas y nuevas hospitalizaciones, al mejorar la calidad de vida y aminorar las limitaciones cognitivas, permitiéndole al paciente regresar a la vida laboral productiva y a un mejor ajuste social.

## LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Los pacientes con esquizofrenia muestran muy bajos niveles de adherencia al tratamiento, bien sea farmacológico o psicoterapéutico, debido a su poca capacidad de introspección, al estigma de la enfermedad, al desconocimiento de la etiología y el curso de los síntomas, a los efectos indeseables de los antipsicóticos y a la percepción por parte del paciente de posibles efectos negativos, como la llamada "disforia de los neurolépticos".

Los factores que pueden afectar la decisión del paciente de adherirse al tratamiento pueden ser considerados dentro del contexto del modelo de creencias en salud (Health Belief Model-HBM), que considera a la salud como el resultado de la interacción de diversos factores, entre los que se cuenta la percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad a la enfermedad y de la severidad de la enfermedad, la percepción de los beneficios que se pueden obtener al seguir el tratamiento, de los costos económicos que se deben asumir y de las barreras (los estigmas, por ejemplo) que deben ser superadas durante el tratamiento.

En la esquizofrenia se han identificado dos factores que influyen en la escasa adherencia al tratamiento: los pacientes se sienten amenazados por su susceptibilidad frente a la enfermedad y porque creen que las medicaciones constituyen una de las barreras que deben superar ("no depender de las drogas").

Las intervenciones deben ayudar a modificar estas creencias mediante el aumento de la capacidad de introspección, el cambio de actitudes frente a las medicaciones y el reconocer los síntomas que requieren tratamiento farmacológico (exacerbación de los delirios y alucinaciones, sentimientos depresivos, disminución de la autoestima y de la calidad de vida).

### Nuevas hospitalizaciones

Cada recaída clínica y cada nueva hospitalización rompen el débil equilibrio familiar y produce crisis en el seno de la familia. El paciente esquizofrénico, a diferencia del paciente con psicosis afectiva, frecuentemente cree que no requiere hospitalización, razón por la cual es necesario emplear métodos coercitivos y legales para internarlo. Este hecho origina aversión del paciente hacia las nuevas hospitalizaciones y hacia el tratamiento, que según GARDNER y cols. no es solamente el resultado de la hospitalización en contra de su voluntad, sino la respuesta emocional a la pérdida de dignidad y respeto que implica la hospitalización y la consiguiente pérdida de su autonomía. Este sentimiento con frecuencia permanece, aunque el paciente acepte, más tarde,

"que necesitaba la hospitalización". El resentimiento con frecuencia interfiere en el tratamiento y disminuye la adherencia.

La expresión de los resentimientos por parte del paciente puede originar sentimientos de culpa en sus familiares, sentimientos que interfieren con el tratamiento y limitan las posibilidades de reintegración cognoscitiva y social del paciente.

El programa de intervención psicosocial debe brindar estrategias para disminuir los resentimientos del paciente y los sentimientos de culpa de sus familiares y fortalecer la alianza terapéutica que permita superar la crisis de frustración y desesperanza que ha producido la nueva hospitalización.

#### Comorbilidad con abuso de alcohol y sustancias psicoactivas

Diferentes estudios demuestran que los pacientes con esquizofrenia y abuso de alcohol, con edades entre los 30-40 años, separados, divorciados o viudos, con historia familiar de psicopatología, utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud y presentan mayores conflictos con la ley y la policía.

La intervención psicosocial debe incluir estrategias de prevención y diagnóstico precoz del alcoholismo o abuso de sustancias, debe brindar apoyo al paciente y a los cuidadores y suministrar la posibilidad de integrar al paciente y a la familia con grupos de ayuda especializados en adicciones.

#### Comportamientos violentos

El análisis de SWARTZ y cols., sugieren que el abuso de sustancias, junto con la presencia de síntomas psicóticos y la falta de contacto con los servicios de salud, son predictores de comportamientos agresivos y violentos y de conflictos con las autoridades policiales.

Ante los costos, cada vez mayores, de los tratamientos intrahospitalarios, se ha hecho necesario desarrollar estrategias para manejar las conductas agresivas del paciente con esquizofrenia dentro del ámbito comunitario. Para tal efecto, se emplean estrategias de diagnóstico precoz de la conducta violenta o agresiva, diagnóstico precoz y monitoreo del abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, seguimiento permanente del paciente ambulatorio y técnicas, como el manejo de caso, para aumentar la adherencia al tratamiento ambulatorio, ya sea de tipo farmacológico o psicoterapéutico.

#### Aparición de efectos secundarios indeseables

La aparición de efectos secundarios indeseables en el tratamiento con antipsicóticos es la causa más frecuente de no adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. La percepción por parte del paciente de posibles efectos negativos, como la llamada "disforia de los neurolépticos", es la segunda causa de abandono de los tratamientos farmacológicos.

Los pacientes han identificado como los efectos secundarios más indeseables a la sedación, el aumento de peso, la disfunción sexual y la acatisia, efectos que desafortunadamente son frecuentes en los tratamientos con antipsicóticos. Si bien los antipsicóticos atípicos o de segunda generación han disminuido la incidencia de efectos extrapiramidales como acatisia, distonías o discinesias, están relacionados con aumento de peso, especialmente la clozapina y la olanzapina.

Los programas de intervención psicosocial deben encaminarse a identificar y disminuir los factores de riesgo de no adherencia al tratamiento relacionados con el paciente (introspección pobre, actitudes negativas y subjetivas hacia los fármacos, experiencias previas de no adherencia, primeros episodios psicóticos) y con las medicaciones antipsicóticas (efectos secundarios indeseables, dosis altas, dosis de mantenimiento de depósito). Deben incluir también estrategias para contrarrestar los efectos secundarios, como motivación para mantener una dieta hipocalórica y practicar ejercicio diario para evitar el aumento de peso producido por los antipsicóticos.

## SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SUICIDIO

Los síntomas depresivos en la esquizofrenia pueden ser primarios y acompañar a los síntomas psicóticos y negativos o ser secundarios y originados por los atipsicóticos, especialmente los neurolépticos, o los síntomas extrapiramidales como la acatisia. La frecuencia de los síntomas depresivos se ha estimado entre 20-80% de los casos y pueden aparecer en cualquier estadio de la enfermedad, aun en el primer episodio psicótico.

Las investigaciones recientes han demostrado que las puntuaciones altas de depresión se asocian con la presencia de los síntomas positivos de la esquizofrenia, limitaciones físicas que interfieren la actividad diaria del paciente, bajos ingresos económicos y disminución de la red social de apoyo. Este hallazgo controvierte las anteriores observaciones clínicas, que relacionaban los síntomas depresivos con los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Se ha observado presencia de síntomas depresivos en pacientes jóvenes que padecen esquizofrenia, asociados a historia familiar de depresión mono o

bipolar, la cual se ha interpretado como una manifestación de la esquizofrenia y no como un factor familiar de riesgo de comorbilidad.

Los síntomas depresivos son variados e incluyen sentimientos de desesperanza, retardo psicomotor y afecto deprimido. La depresión que aparece en la fase aguda de la esquizofrenia se asocia con un curso favorable de la enfermedad, en tanto que si aparece en los períodos intercríticos o en el estadio crónico, se asocia con un incremento en el riesgo de suicidio.

El suicidio es la primera causa de muerte prematura en los pacientes esquizofrénicos. El riesgo de suicidio en la esquizofrenia es elevado y se calcula que entre 10-13% de los pacientes se suicida. Los suicidios son frecuentes en pacientes esquizofrénicos jóvenes, varones, aislados socialmente, en quienes los síntomas psicóticos que tienen una duración menor a los diez años, se acompañan de depresión o de síntomas esquizoafectivos. Los estudios de evolución de la enfermedad han demostrado que la esquizofrenia en la mujer presenta un curso más favorable y se acompaña de un mejor funcionamiento cognoscitivo premórbido y de un mejor funcionamiento social, que en los varones, lo cual puede explicar el menor número de suicidios en mujeres. El riesgo de suicidio aumenta cuando se presenta comorbilidad con alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas.

Los suicidios se presentan, generalmente, en las fases activas de la enfermedad, especialmente si la esquizofrenia es de tipo paranoide o indiferenciado y cuando el cuadro clínico se acompaña de síntomas depresivos o disfóricos. Las pacientes con esquizofrenia presentan un mayor número de intentos de suicidio durante las fases de exacerbación aguda.

Los intentos de suicidio son frecuentes, a tal punto que por lo menos una tercera parte de los pacientes con esquizofrenia que se suicidan lo habían intentado anteriormente. Las mujeres con esquizofrenia presentan menos intentos de suicidio, pero tanto hombres como mujeres que padecen esquizofrenia, aumentan la frecuencia de intentos y el riesgo de suicidio, cuando han perdido la red social de apoyo, independientemente del estado marital, y llegan a conformar la categoría que DURKHEIM denominó como individuos anómicos. La pérdida del contacto afectivo y la cronicidad de la enfermedad se convierten, entonces, en los mayores predictores de suicidio para el paciente con esquizofrenia, riesgo que se incrementa si se presentan síntomas depresivos.

Investigaciones recientes como las de HEILÄ y cols. y KREYENBUHL y cols. han puesto de presente, que con frecuencia los pacientes esquizofrénicos

informan sobre sus planes suicidas, hecho que controvierte los resultados de estudios anteriores.

El programa de intervención psicosocial debe propiciar en el paciente, en sus familiares o cuidadores la identificación de los síntomas depresivos y de las ideas de muerte o planes suicidas, y motivar a la verbalización y análisis de estos síntomas, como integrantes del espectro sintomático de la enfermedad esquizofrénica. El programa debe tener como objetivo brindar apoyo al paciente y a la familia frente a la vivencia de la depresión y de las ideas de suicidio y corregir malas interpretaciones de estos síntomas, como que la depresión "es debida a lo duro de la enfermedad" o es el resultado de las consecuencias de la misma, como el desempleo o las pérdidas afectivas. Además, es necesario tener en cuenta que los pacientes esquizofrénicos con comportamientos suicidas requieren un mayor número de hospitalizaciones.

## PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN

Los programas de psicoeducación son empleados en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, de tipo individual o familiar, con el objeto de aumentar la adherencia del paciente y de su familia al tratamiento.

Se acepta que las diferentes estrategias psicoeducativas son exitosas y aumentan la participación del paciente y de la familia en el tratamiento cuando logran comprender las características clínicas de la enfermedad y disminuyen los sentimientos de culpa y desesperanza. Desafortunadamente estos resultados no han podido ser convalidados en los estudios de metaanálisis.

Un programa de psicoeducación para pacientes y familiares debe ir más allá de suministrar información sobre la etiología y la evolución de la enfermedad esquizofrénica. Debe ser capaz de desarrollar en el paciente y en sus familiares técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que están relacionadas con las recaídas clínicas (aparición de delirios, alucinaciones y síntomas depresivos) o con comportamientos de alto riesgo, como el abuso de sustancias, el alcoholismo y las conductas suicidas y, debe, además, contemplar estrategias de apoyo para el paciente y la familia cuando se ven abocados a vivir una nueva recaída y la consiguiente hospitalización.

El programa de psicoeducación puede ser empleado en grupos o dirigido exclusivamente al paciente o su familia. Ninguna de las dos variables ha mostrado ser más exitosa que la otra, en los estudios de metaanálisis. Sin embargo, los estudios de metaanálisis sugieren que los programas de psicoeducación deben ser aplicados en forma regular y frecuente, por lo menos

durante un año, para que sean exitosos en evitar nuevas recaídas clínicas y hospitalizaciones.

Parece existir consenso, al considerar que los programas de psicoeducación resultan inefectivos si no se acompañan de técnicas de intervención, tanto a nivel individual como familiar.

## INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DE TIPO INDIVIDUAL

El tratamiento psicoterapéutico individual en la esquizofrenia incluye terapias de tipo psicodinámico, terapias de apoyo, manejo de caso y entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

### Terapia psicodinámica

Empleada durante varias décadas, ha mostrado ser eficaz en casos individuales, pero no ha mostrado disminuir las recaídas clínicas ni las readmisiones hospitalarias. El análisis de sus beneficios es difícil por la imposibilidad de contar con un grupo control, diseñar trabajos aleatorios de investigación y porque con frecuencia se observan cifras altas de abandono del tratamiento por parte de los pacientes.

### Terapia de apoyo

Con su empleo se han descrito resultados positivos, pero estos trabajos adolecen de problemas metodológicos y, en algunos estudios de comparación frente a terapia familiar o programas de psicoeducación se han obtenido pobres resultados.

Se calcula que una tercera parte de los pacientes suspende en forma prematura los tratamientos de apoyo.

### Manejo de caso

Su principal objetivo es la prevención de nuevas hospitalizaciones en pacientes de alto riesgo de recaídas mediante el empleo asertivo y racional de los recursos comunitarios de tipo médico y social. En algunos centros de investigación se incluye el manejo de caso dentro del tratamiento de rutina para el paciente esquizofrénico.

En los metaanálisis revisados ha demostrado aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuir los promedios de estancia hospitalaria y el número de nuevas hospitalizaciones y mejorar las relaciones con los

cuidadores, resultados que son mejores en los pacientes que utilizaron con mayor frecuencia los servicios comunitarios.

Infortunadamente este tipo de intervención no ha demostrado mejorar el ajuste social y los pacientes, en forma excepcional, logran un empleo competitivo.

#### Entrenamiento en habilidades sociales

Su objetivo es elevar la calidad de vida y recuperar la autonomía del paciente mediante el empleo de técnicas de aprendizaje para mejorar el funcionamiento social, las actividades de la vida diaria, solucionar problemas de ajuste social y recuperar el funcionamiento cognoscitivo con miras a buscar empleo, mejorar las relaciones afectivas y participar en actividades recreativas y de ocio. La técnica incluye manejo farmacológico de los síntomas, recreación, conversación y autocuidado, para corregir los déficit en la recepción, procesamiento y expresión de las habilidades sociales. Las técnicas de aprendizaje tienen como objeto mejorar funciones cognoscitivas como la atención y la planeación.

Ha demostrado mejorar el ajuste social y reducir los síntomas de deterioro comportamental, pero no disminuye el riesgo de recaídas. Su eficacia está directamente relacionada con la duración del tratamiento; si se emplean períodos menores de seis meses, los resultados no son satisfactorios, razón por la cual se recomienda emplear estas técnicas por un período no menor a un año.

A pesar de mejorar las habilidades sociales del paciente, no se han obtenido cambios en su funcionamiento comunitario.

HOGARTY y cols. han aplicado durante varios años a un grupo de 186 pacientes una técnica de terapia, que los autores denominan "terapia personal", que tiene como objetivo aumentar el ajuste personal y social del paciente, identificar y manejar las distorsiones que el paciente tiene sobre los síntomas y el estrés que provocan en él las recaídas clínicas. El paciente debe aprender a identificar los elementos afectivos, cognoscitivos y fisiológicos de su experiencia estresante y conocer su propia experiencia frente a los estresores.

La técnica se inicia una vez el paciente ha sido dado de alta de su hospitalización y en ella se emplean elementos de psicoeducación acerca de la naturaleza y tratamiento de su enfermedad, provisión de dosis efectivas mínimas de antipsicóticos y estrategias de apoyo emocional durante los primeros seis meses. Al cabo de este período, en la fase intermedia del tratamiento, que se prolonga hasta los primeros 18 meses después del egreso hospitalario, se le proveen al paciente estrategias de psicoeducación más avanzadas que le permitan su rehabilitación social y evaluar los síntomas prodrómicos de su cuadro clínico y técnicas de relajación.

En la fase avanzada, que va más allá de los 18 meses del egreso hospitalario, el paciente es entrenado en estrategias sociales y vocacionales, principios de relajación progresiva, expresión de su emotividad y percepción del efecto de su vida emotiva en los otros.

En un estudio de seguimiento durante tres años, HOGARTY y cols. han mostrado que esta técnica logra disminuir las recaídas clínicas pero presenta resultados diferentes en los pacientes que viven con sus familiares o cuidadores que en los pacientes que viven solos, quienes deben afrontar mayores estresores psicosociales. Los pacientes que viven con su familia mejoran sus competencias intrapersonales, sus expresiones afectivas interpersonales y tienden a presentar síntomas negativos menos intensos. Los pacientes que viven solos logran un incremento en su desempeño laboral y unas mejores relaciones con sus familiares.

#### Rehabilitación vocacional

El déficit cognoscitivo que produce la esquizofrenia hace que menos de un 20% de los pacientes obtenga un trabajo competitivo y bien remunerado. La rehabilitación vocacional está encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y a ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades, que le permita mejorar la calidad de vida y que el estrés laboral no ponga en riesgo la estabilidad de su mejoría clínica.

#### TERAPIA COGNOSCITIVA Y COMPORTAMENTAL

El objetivo principal de la terapia cognoscitiva y comportamental es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones en el paciente que no ha mejorado con el tratamiento farmacológico y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social.

SPAULDING considera que la disfunción cognoscitiva de la esquizofrenia debe afrontarse tanto en el proceso como en el contenido. Las metas de intervención en el contenido comprenden el mejoramiento de las habilidades de procesamiento de la información, mediante modificaciones en la memoria, la vigilancia y las destrezas conceptuales, estrategia que se conoce como rehabilitación cognoscitiva.

Las técnicas de tratamiento cognoscitivo y comportamental en la esquizofrenia se encuentran en etapa de desarrollo y son escasos los trabajos publicados, que incluyen una muestra pequeña de pacientes, que no permite generalizar los

resultados. Se ha observado disminución de los delirios y alucinaciones pero escasos resultados en la reducción de las tasas de nuevas admisiones hospitalarias y en mejorar las funciones sociales del paciente.

Algunos autores, como DRURY y cols., han empleado la técnica cognoscitivo comportamental junto con la medicación antipsicótica en los primeros episodios psicóticos y han observado mayor rapidez en la recuperación del episodio psicótico.

### Rehabilitación cognoscitiva

La rehabilitación cognoscitiva se ha empleado desde hace varias décadas en los pacientes con trauma cerebral y se comenzó a emplear en los pacientes con esquizofrenia, al observar que las pruebas neuropsicológicas con frecuencia no permiten discriminar los pacientes con esquizofrenia de los pacientes con trauma cerebral, lo cual permitió concluir que si ambos grupos presentaban déficit cognoscitivos cerebrales era posible emplear en ellos una estrategia terapéutica similar.

El objetivo de la rehabilitación cognoscitiva es prevenir las recaídas clínicas al modificar el déficit cognoscitivo que hace vulnerable al paciente y se convierte en un predictor de futuros episodios psicóticos, mediante la utilización de técnicas como el reforzamiento del comportamiento con dinero, modificaciones instruccionales, entrenamiento en nuevos procedimientos, etc.

Los resultados obtenidos han mostrado que mejora la atención, produce una mayor flexibilidad cognoscitiva, reduce las actitudes paranoides y logra un mejor desempeño del paciente en la prueba de Wisconsin Card Sorting Test, prueba que evalúa las funciones ejecutivas del lóbulo frontal.

La rehabilitación cognoscitiva presenta limitaciones: sólo actúa sobre algunos aspectos del deterioro cognoscitivo del paciente y no logra desarrollar nuevas estrategias cognoscitivas en el paciente, que le permitan, por ejemplo, un mejor desempeño en pruebas neuropsicológicas de mayor complejidad, como la prueba de la Torre de Londres.

### Cambios en el contenido cognoscitivo

Los cambios en el contenido actúan sobre los síntomas psicóticos residuales, al modificar los pensamientos disfuncionales o cogniciones, mediante la variación de las creencias o pensamientos asociados a los delirios y alucinaciones y al enseñarle al paciente estrategias, por ejemplo, para afrontar las alucinaciones auditivas.

TARRIER ha diseñado una técnica para mejorar el afrontamiento de los síntomas residuales que comprende la explicación del tratamiento al paciente, identificar los síntomas psicóticos mediante la entrevista estructurada del Present State Examination, análisis del comportamiento para determinar la frecuencia, duración, antecedentes y consecuencias de los síntomas residuales, grado de preocupación del paciente por los síntomas o grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria del paciente, identificación de las estrategias de afrontamiento del paciente, identificación de los síntomas diana, entrenamiento en las nuevas estrategias de afrontamiento, asignación de tareas para realizar en casa y evaluación de los resultados.

La técnica de TARRIER ha demostrado ser efectiva en reducir la intensidad de los delirios pero no del componente alucinatorio, pero la mejoría obtenida no se acompaña de cambios favorables en los síntomas negativos y afectivos ni en el comportamiento social del paciente.

En síntesis, los cambios en el contenido cognoscitivo aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no reducen la posibilidad de recaída clínica.

Los resultados el metaanálisis de PILLING y cols. mostraron que la terapia cognoscitiva comportamental provoca una importante mejoría en las funciones cognoscitivas del paciente que perduran más allá de los 18 meses de seguimiento. Sin embargo, no encontraron una clara evidencia entre la frecuencia y duración del tratamiento con la mejoría cognoscitiva y la disminución de recaídas clínicas.

## INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FAMILIA

Durante las últimas décadas los investigadores y terapeutas han mostrado interés en estudiar el efecto que produce el ambiente familiar en el desarrollo y perpetuación de los síntomas de la esquizofrenia. Se han esbozado diferentes teorías fruto de las observaciones clínicas no sistematizadas, que propusieron la existencia de una madre esquizofreniforme y un padre débil, o la presencia de un doble mensaje en las comunicaciones padres-hijo en la génesis de la esquizofrenia. A partir de los estudios de BROWN, quien desarrolló el concepto de emotividad expresada, se ha iniciado el estudio formal de las intervenciones familiares en el tratamiento de la esquizofrenia.

La familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasiona los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las

hospitalizaciones. Los familiares que cuidan al paciente psicótico, en su mayoría mujeres, deben afrontar niveles altos de estrés, que se incrementan cuando el cuidador es joven o posee un buen nivel educativo, o cuando el paciente posee un bajo nivel educativo.

Los padres y los cónyuges del paciente presentan diferentes formas de afrontar el problema. Los padres se muestran preocupados por las dificultades que el paciente tiene para conseguir empleo, continuar sus estudios, formar una pareja, o cuidar de sus hijos. Con frecuencia utilizan mecanismos de negación de la enfermedad, como una estrategia de afrontamiento, que desafortunadamente origina demora en las consultas médicas y baja adherencia al tratamiento.

Los cónyuges deben afrontar múltiples roles, cuidar de los hijos y obtener el salario para sostener económicamente el hogar. Con frecuencias utilizan estrategias negativas de distracción, como el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, especialmente si el cónyuge cuidador es varón.

Se han empleado diversos modelos de intervención familiar para evaluar el estrés que produce la enfermedad esquizofrénica en los familiares y evaluar la presencia e impacto de los afectos negativos como la alta emotividad expresada del paciente y de los familiares.

La evaluación de la intensidad de la emotividad expresada se realiza mediante una entrevista grabada en video en la cual se le pide al familiar que hable durante cinco minutos sobre su paciente enfermo (Five Minute Speech Sample, FMSS de MAGAÑA). Posteriormente, la entrevista es analizada por los investigadores y puntuada en los nueve ítems propuestos por MAGAÑA y cols.

Se ha observado que las tasas altas de emotividad expresada disminuyen con las intervenciones psicosociales, pero los estudios de seguimiento por períodos mayores de tres años, han demostrado que a partir del mes 34 se incrementan de nuevo los valores de emotividad expresada, lo que pone de manifiesto la necesidad de utilizar las intervenciones psicosociales por lapsos prolongados.

En términos generales, las intervenciones deben incluir estrategias para aumentar la aceptación de la enfermedad y las limitaciones que produce, el desarrollo de expectativas reales sobre el tratamiento y la evolución del proceso esquizofrénico, disminución de las conductas desadaptativas, como el abuso de alcohol y aumento de la red de apoyo emocional.

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la

enfermedad, identificación de los estresores relacionados con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales.

Los resultados de los metaanálisis de PENN y MUESER, BUSTILLO y cols. y PILLING y cols., han mostrado que las técnicas de intervención familiar logran disminuir el porcentaje de recaídas clínicas y de readmisiones hospitalarias y aumentan la adherencia al tratamiento farmacológico, especialmente cuando la intervención familiar se hace, por períodos mayores de un año, e involucran al paciente y su familia y no se hacen con grupos de familias. Durante el primer año se observó que ambas técnicas de intervención terapéutica disminuyeron el número de recaídas clínicas, pero solamente las técnicas de intervención familiar no grupal disminuyeron las readmisiones hospitalarias.

Las revisiones de PENN y MUESER y BUSTILLO y cols. no encontraron diferencias significativas en la eficacia de las diferentes técnicas empleadas y los trabajos revisados no permiten esclarecer las características de las familias de los pacientes que mejoraron, como tampoco identificar las razones por las cuales otras familias y pacientes no se benefician de este tipo de tratamiento.

Algunos estudios han reportado un incremento en las tasas de suicidio de los pacientes sometidos a intervenciones familiares, pero los resultados del trabajo de PILLING y cols. no confirmaron esta observación clínica.

Se considera que la permanencia del paciente y de sus familiares en el proceso terapéutico puede ser considerado como un indicador de la tolerancia a este tipo de intervención terapéutica. Los estudios de BUSTILLO y cols., y PILLING y cols., observaron un menor número de deserciones de pacientes y familiares cuando se emplearon técnicas de intervención familiar de tipo no grupal.

## COROLARIO

Es un hecho que el tratamiento de la esquizofrenia requiere del empleo de psicofármacos y de técnicas de intervención psicosocial de tipo individual y familiar. Infortunadamente, los recursos actuales no nos permiten obtener resultados alentadores y a largo plazo.

Los nuevos antipsicóticos atípicos, han demostrado ser eficaces en los síntomas positivos, negativos y afectivos de la enfermedad esquizofrénica, lo cual los ha convertido en una excelente alternativa terapéutica. Su empleo cada día mayor en el tratamiento estándar de la esquizofrenia comienza a disminuir la

intensidad del déficit cognoscitivo, las tasas de recaídas clínicas, la duración de las estancias hospitalarias y la aparición de los síntomas extrapiramidales, lo cual seguramente redundará en un aumento de la calidad de vida del paciente y en la reducción de la desesperanza, la discriminación, la hostilidad y el sufrimiento de los familiares y cuidadores del paciente.

Si logramos detener el deterioro cognoscitivo del paciente y disminuir la altas cifras de expresividad emocional de los familiares y cuidadores, estaremos ad portas de obtener un clima más favorable para el tratamiento y rehabilitación del paciente con esquizofrenia y un terreno mejor abonado para que las técnicas de intervención psicosocial sean más efectivas.

#### LECTURAS SELECCIONADAS

BUSTILLO J.R, LAURIELLO J., HORAN W.P., KEITH S.J.

The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2): 163-175.

GARDNER W., LIDZ C.W., HOGE S.K., MONAHAN J., EISENBERG M.M., BENNETT N.S., MULVEY E.P., ROTH L.H.

Patient's revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 1999; 156(9): 1385-1392.

HEILÄ H., ISOMETSÄ E.T., HENRIKSSON M.M., HEIKKINEN M.E., MARTTUNEN M.J., LÖNNQVIST J.K.

Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1997; 154(9): 1235-1242.

HO B.C., NOPOULOS P., FLAUM M., ARNDT S., ANDREASEN N.C.

Two-years outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms of quality of life. *Am J Psychiatry* 1998; 155(9): 1196-1201.

HOGARTY G.E., KORNBLITH S.J., GREENWALD D., DIBARRY A.L., COOLEY S., ULRICH R.F., CARTER M., FLESHER S.

Three-year trial of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effect on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11): 1504-1513.

HOGARTY G.E., GREENWALD D., ULRICH R.F., KORNBLITH S.J., DIBARRY A.L., COOLEY S., CARTER M., FLESHER S.

Three-year trial of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11): 1514-1524.

KREYENBUHL J.A., KELLY D.L., CONLEY R.R.

Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schiz Res* 2002; 58: 253-261.

LACRO J.P., DUNN L.B., DOLDER C.R., LECKBAND S.G., JESTE D.V.

Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(10): 892-909.

LENIOR M.E., DINGEMANS P.M.A.J., SCHENE A.H., HART A.A.M., LINSZEN D.H.

The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schiz Res* 2002; 57: 183-190.

PENN D.L., MUESER K.T.

Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996 153: 5, 607-617.

PERKINS D.O.

Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(12): 1121-1128.

PILLING S., BEBBINGTON P., KUIPERS E., GARETY P., GEDDES J., ORBACH G., MORGAN C.

Psychological treatments in schizophrenia. I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763-782.

PHILLIPS M.R., PEARSON V., LI F., XU M., YANG L.

Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 488-493.

RADOMSKY E.D., HAAS G.L., MANN J.J., SWEENEY J.A.

Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1590-1595.

RAMMOHAN A., RAO K.

Burden and coping in caregivers of persons with schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2002; 44(3): 220-227.

SELLWOOD W., BARROWCLOUGH C., TARRIER N., QUINN J., MAINWARING J., LEWIS S.

Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 346-355.

SPAULDING W.D., STORMS L., GOODRICH V., SULLIVAN M.

Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1986; 12: 560-577.

SWARTZ M.S., SWANSON J.W., HIDAY V.A., BORUM R., WAGNER H.R., BURNS B.J.

Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2): 226-231.

TARRIER N., BECKETT R., HARWOOD S., BAKER A., YUSOPOFF L.

A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 524-532.

TELLES C, KARNO M, MINTZ J, PAZ G, ARIAS M, TUCKER D, LÓPEZ S.

Immigrant families coping with schizophrenia: behavioural family intervention and case management with a low-income spanish-speaking population. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 473-479.

TÉLLEZ-VARGAS J., NAVARRO F.

Esquizofrenia y mujer, en: Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia, segunda edición, Téllez-Vargas J, López-Mato A (eds.), Nuevo Milenio Editores, Bogotá, 2002.

WU LT., KOUZIS A.C., LEAF P.J.

Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbid Survey. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8): 1230-1236.

ZISOOK S., MCADAMS L.A., KUCK J., HARRIS M.J., BAILEY A, PATTERSON T.L., JUDD L.L., JESTE D.V.

Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1736-1743.

ZYGMUNT A., OLFSON M., BOYER C.A., MECHANIC D.

Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10): 1653-1664.