

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Dr. Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Jefe de servicio del Instituto Psiquiátrico-Servicios de
Salud Mental «José Germain», de Leganés (Madrid)

C/ Luna, s/n. 28911 - Leganés (Madrid)

E-mail: mhmonsalve@ipsqgermain.es

After a brief review of the landmarks that they have marked the evolution from the traditional dualist perspective even the current integratives ones, the theoretical and empiric foundations of these perspectives are exposed, so much for the ethiopathogenic understanding of the schizophrenia like for the strategies of treatment. The integration between the biological level / pharmacological treatments and the psicosocial / psychotherapy-rehabilitation, is emphasized, and they are revised the possibilities of integration of different models of psychotherapy. Finally, the importance is pointed out of attempting a real integration of treatments in the network of community mental health services, and the new open possibilities in order to make preventive interventions.

Key words: schizophrenia, psychotherapy integration, mental health services, community networks, pharmacological treatments.

1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA. DEL DUALISMO A LA INTEGRACIÓN

El fuerte dualismo característico del pensamiento occidental ha tenido una influencia decisiva en la historia de la medicina, y sobre todo de la psiquiatría. Así, los primeros alienistas franceses fundaron su proyecto asistencial liberador imbuidos de la idea de la génesis «pasional» de las enfermedades mentales y con el propósito de proporcionar el correspondiente «tratamiento moral» (psicoeducacional y ambientalista, diríamos hoy). Pronto entraron en liza con las corrientes somaticistas del momento, que se desarrollan estimuladas por los hallazgos de Bayle (1822), que identificó lesiones aracnoideas en sujetos con trastornos mentales específicos: los delirios megalomaniacos, característicos de ciertos periodos evolutivos de la Parálisis General Progresiva. Del mismo modo los psiquiatras alemanes de la primera mitad del siglo XIX, identificados con el romanticismo de la época,

defendieron la perspectiva psicológica al aproximarse a las enfermedades mentales más graves, llegando a formular propuestas en torno a la psicogénesis (Moebius). Eran los «*Psychiker*», a los que se oponían los «*Somatiker*», inicialmente «una minoría contestataria», según el decir de Garrabé (1992), que muy pronto pasarían a erigirse en corriente dominante, a raíz de la publicación, en 1845, del tratado de Griesenger, que supuso un apoyo contundente a las hipótesis somaticistas.

Precisamente en 1845 un representante de la escuela romántica alemana, Ernest Freier Von Feuchtersleben, fue quien utilizó por primera vez el término “psicosis” para designar las manifestaciones de la enfermedad mental. Se aceptaba que las neurosis (que seguían designando la alteración del sistema nervioso), podrían en ciertos casos provocar enfermedad mental (psicosis). El posterior acuñamiento por Bleuler (1911) del término “esquizofrenia” vino a significar, entre otras cosas, un intento de romper con la concepción kraepeliniana de la *dementia praecox* y trasladar de nuevo el énfasis hacia lo psíquico (escisión de la vida psíquica, autismo, trastorno de las asociaciones, etc).

En otro orden de cosas, en lo que se refiere a la evolución del concepto de neurosis, es por todos bien conocido su paradójico destino, convirtiéndose en paradigma de los trastornos psicogenéticos, sin lesión orgánica del sistema nervioso, a raíz del giro coperniquiano introducido por Freud.

Valgan estas consideraciones iniciales como muestra de la voluble epistemología de nuestra disciplina, que afecta de lleno al tema que nos ocupa: el tratamiento (integral) de la esquizofrenia. Soslayando en esta ocasión todos los bandazos que las distintas escuelas han proporcionado a la noción de esquizofrenia a lo largo del siglo XX (Garrabé, 1992), podemos reconocer a día de hoy ciertos acuerdos básicos en torno a la naturaleza de este trastorno, y a las perspectivas de tratamiento que se proponen en concordancia con ellos.

Hoy se considera que la esquizofrenia es un trastorno heterogéneo de etiología desconocida (algunos autores actuales prefieren volver a hablar -como lo hiciera Bleuler- de «las esquizofrenias» (Colodrón, 1990), cuyos complejos fenómenos psicopatológicos interesan a la totalidad del individuo que la padece. Entraña cambios en la identidad, en la percepción de sí mismo y del mundo, en la sensopercepción, el pensamiento, los afectos, los impulsos, la comunicación, etc. Supone por lo general severas limitaciones en el mantenimiento de la autonomía personal y en el desempeño de la vida social. A menudo pueden detectarse diversos modos de disfunción neurofisiológica, y está genéticamente condicionado en ciertos casos (quizás la influencia genética es un factor etiológico importante en cerca de la mitad de los casos). No es pues extraño que se resista a ser contrarrestada por un solo remedio: ni los neurolépticos pueden mejorar directamente la calidad de las relaciones interpersonales por ejemplo, ni la sola psicoterapia puede por sí misma corregir las anomalías neurobiológicas subyacentes. La necesidad de un abordaje integral se justifica por las propias características del trastorno, por su

amplia variedad de efectos, y por las limitaciones de cada uno de los tratamientos disponibles.

Podemos señalar como aspectos nucleares de la caracterización actual de la esquizofrenia, los siguientes:

1) Ante el desconocimiento de la etiología, se da una global aceptación, provisional y con las reservas oportunas de cada escuela, de una posible etiopatogenia multifactorial, que en todo caso implica diverso grado de anomalía en funciones neurofisiológicas (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997; Bachneff, 1996, Frith, 1995), y en la estructura cerebral (Akbarian et al., 1996; Ruppín, Reggia y Horn, 1996), junto a la implicación de aspectos psicológicos (Béjar et al., 1996; McPherson, Jerrom y Hughes, 1996), relacionales y sociales (Brown et al., 1962; Brown y Birley, 1968; Van Os, Fathy y Bebbington, 1994; Walker y Lewine, 1990). Aún las escuelas más orientadas hacia los aspectos biológicos, se muestran dispuestas a admitir la importancia de esos factores psicosociales en la evolución (su influencia en la frecuencia de recaídas parece estar fuera de dudas) (Wykes y Carson, 1996), Docherty, Hertz y Gunderson, 1993, Linzsen et al., 1997). Esta perspectiva, globalmente integradora, de los procesos etiopatogénicos y de la evolución se refleja en los modelos de vulnerabilidad-estrés.

2) El dilema nosológico, acerca de la homogeneidad o heterogeneidad de lo que llamamos esquizofrenia, no ha sido resuelto. El término «trastornos esquizofrénicos» no aclara si se trata de una enfermedad con distintas posibilidades de expresividad clínica, de un síndrome común a diversas entidades etiopatogénicamente diferenciadas, o una diversidad de entidades con algunos elementos en común.

A falta de criterios psicopatológicos o etiopatogénicos que pudieran ser universalmente aceptados, se han impuesto criterios pragmáticos para acotar el diagnóstico. Más para asegurar las posibilidades de entendimiento entre distintas escuelas y hacer posible el intercambio de información científica, que por un unánime reconocimiento de la exactitud de esos límites

3) En cuanto a la caracterización de las distintas formas clínicas de esquizofrenia, los datos actuales informan de la inconsistencia de las formas tradicionalmente reconocidas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide), ya que no responde a criterios etiopatogénicos, ni evolutivos (lo más común es el cambio de forma clínica en distintos momentos evolutivos), ni predice respuesta al tratamiento. Tampoco, por las mismas razones, se puede mantener la propuesta de Crow (1985) de esquizofrenia tipo I y tipo II, ni la de Andreasen et al.(1990), de esquizofrenia positiva y negativa.

Hay cada vez mayor interés en considerar criterios dimensionales de reconocimiento de tipos clínicos, estando relativamente bien establecido el modelos tridimensional (Liddle, 1987), que propone que en cada paciente se podrá reconocer la presencia, en proporción variable según el caso y momento evolutivo, de

síntomas positivos (alucinaciones, delirios), negativos (aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia) y de desorganización (trastornos formales del pensamiento, desorganización conceptual). Los modelos dimensionales son congruentes con los de vulnerabilidad-estrés (permiten estudiar la continuidad de ciertos parámetros psicológicos y fisiológicos entre la normalidad y la enfermedad), y tienen gran interés de cara al tratamiento, ya que los distintos grupos de síntomas pueden requerir estrategias terapéuticas diferenciadas.

4) Los estudios de seguimiento a largo plazo indican una gran variabilidad evolutiva (Keefe et al., 1991; Ciompi y Catamnestic, 1980). Importa destacar que estos datos indican que las formas de evolución hacia el defecto (elemento fundamental en la original descripción kraepeliniana de la *dementia praecox*) constituyen un porcentaje quizás menor del 20% de los casos (algunos autores proponen que éstos deben ser considerados como un tipo clínico diferenciado, Harding, 1988), y que aún sin tratamiento hay un pequeño porcentaje de pacientes que evolucionan hacia la recuperación sin defecto.

Existe, sin embargo, gran dificultad en identificar indicadores de evolución según las formas clínicas de comienzo. Y sin embargo, se han venido acumulando datos que indican que ciertos factores psicosociales (Wielselgren y Lindström, 1996; Waddington, Youssef y Kinsella, 1995) pueden tener un valor predictivo pronóstico de la evolución mayor que el tipo de síntomas iniciales.

5) Reconocimiento del papel central del tratamiento farmacológico (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Kane y McGlashan, 1995), dada su reconocida eficacia frente a la sintomatología psicótica (los llamados síntomas positivos), especialmente en las formas de presentación aguda, y en la protección, siquiera parcial, frente al riesgo de recaídas. A su vez, se reconoce la escasa eficacia del tratamiento farmacológico clásico frente a la mayor parte de los llamados síntomas negativos (con la expectativa de que los nuevos antipsicóticos puedan tener mayor eficacia al respecto). Está también bien establecido que un porcentaje nada despreciable de pacientes (en torno al 20%) apenas se benefician del tratamiento farmacológico, y en el resto de casos, el solo tratamiento farmacológico se muestra claramente insuficiente para asegurar la estabilización clínica, y más aún para garantizar la recuperación.

6) Evidencia de eficacia de los abordajes psicosociales (tratamiento y rehabilitación) (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993). La predominancia que llegó a adquirir, especialmente en los Estados Unidos, la psicoterapia de la esquizofrenia entre los años cuarenta y los cincuenta (McGlashan, 1994) se vio bruscamente relegada al no poder demostrar su eficacia en la remisión sintomática de modo similar a lo que sí se estaba demostrando para los neurolepticos; la psicoterapia no estaba en condiciones de competir por entonces con el modelo de ensayo clínico, que empezaba a ser dogma predominante por entonces. Durante la décadas de los sesenta y los setenta, psicoterapia y psicofármacos representaron opciones terapéu-

ticas a confrontar. Hubieron de pasar varios años (demasiados) para que los psiquiatras de orientación biológica, comprobada la insuficiencia de los neurolépticos para asegurar la recuperación de los pacientes, aceptaran la necesidad de contar con técnicas de intervención psicosocial; y para que los psicoterapeutas de distintas orientaciones reconocieran las amplias posibilidades que ofrecían los fármacos para acceder a la subjetividad de los pacientes, establecer alianza terapéutica y abordar proyectos de intervención psicosocial que modificaran substancialmente el porvenir de miles de pacientes. En los últimos veinte años se han acumulado datos más que suficientes que informan acerca de la eficacia de una amplia variedad de intervenciones psicosociales (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Lehman et al., 1995; Scott y Dixon, 1995).

7) Por todas estas razones, y a pesar del predominio actual de la investigación bio-farmacológica frente a la psicosocial, y de la indudable importancia de los hallazgos neurobiológicos, la mirada de los clínicos se vuelve cada vez con mayor interés hacia las aportaciones de los tratamientos psicosociales, considerados ya imprescindibles en todo plan de tratamiento riguroso (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Frances, Docherty y Kahn, 1996; Working Group on schizophrenia American Psychiatric Association, 1997). El dilema no está hoy planteado entre fármacos o tratamiento psicosocial, sino en poder discernir qué tipo y «dosis» de cada una de las intervenciones posibles están indicadas para un paciente concreto, y en cada momento evolutivo. De este modo el tratamiento de la esquizofrenia pasa a formar parte de las nuevas corrientes de la psiquiatría integradora, y constituye una importante oportunidad para profundizar en los modelos integradores, tanto en la elaboración conceptual (contribuye a la integración a nivel teórico) como en el diseño de formatos de tratamiento aplicables en la clínica (aceptables al menos desde el mero eclecticismo técnico), que contemplan la combinación/integración de tratamientos a nivel transversal (varios tipos de tratamiento aplicados simultáneamente), ó longitudinal (cuando el nivel en que se abordan los problemas - ej, biológico, relacional, o en distintos aspectos de lo psicológico individual.-, y por tanto las modalidades de tratamiento a emplear, varían en función de las características evolutivas de cada caso).

2. FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ESQUIZOFRENIA

2.1 Hallazgos empíricos que avalan la etiopatogenia multifactorial

Hay tres líneas de trabajo que han supuesto aportaciones especialmente significativas:

1) Influencia del entorno del paciente en la evolución.

Las primeras observaciones, de Brown y cols. se publicaron en 1957 y 1959 (Brown et al., 1957; Brown y Birley, 1959). Detectaron mayor tendencia a las

recaídas cuando los pacientes volvían con sus familias, tras el alta del hospital, y también cuando se les proponían programas de rehabilitación muy exigentes. En otros casos (cuando predominaban síntomas deficitarios), un ambiente estimulante en el hospital, se acompañaba de mejorías notables. Posteriores desarrollos de aquellas primeras observaciones permitieron especificar los ingredientes más significativos de esas conductas (hostilidad, sobreimplicación y criticismo) y comprobar la importancia del tiempo que estaban en contacto paciente y familiares, como predicción de recaídas (Van Os et al., 1994). Estas observaciones han sido muy fértiles: su valor predictivo se ha demostrado en medios culturales muy diferentes (Walker y Lewine, 1990, Brown y Carstairs, 1957; Brown, 1959; Huguelet et al., 1995; Montero et al., 1992; Wigg et al., 1987; Tanake, Mino y Inove, 1995), han permitido estandarizar entrevistas de evaluación (“*Camberwell Family Interview. CFI*”) (Vaughn y Leff, 1976), y facilitar el desarrollo de tratamientos específicamente diseñados para modificar las características del entorno (especialmente el familiar) con fines preventivos, que se han mostrado muy eficaces.

Esta línea de investigación está a día de hoy avalada por la evaluación de resultados de tratamiento: la frecuencia de recaídas se reduce drásticamente cuando se proporcionan, junto al tratamiento farmacológico, diversos tipos de tratamiento psicosocial. La eficacia de los tratamientos parece depender de incidencia en alguno de los siguientes aspectos:

Proporcionar un entorno protector, especialmente desprovisto de factores estresantes ante los que los pacientes con esquizofrenia se muestran especialmente vulnerables. El paradigma de este tipo de tratamientos lo constituyen los distintos enfoques de intervención familiar. Proporcionar núcleos de convivencia distintos del familiar (residencias, pisos compartidos) tiene, entre otros, también este propósito.

Mejorar la capacidad individual del paciente para hacer frente a las dificultades y exigencias ambientales. Este es el propósito de los tratamientos cognitivos y conductuales, y es también una de las consecuencias de otros enfoques psicoterapéuticos, ya sean tratamientos individuales o de grupo, surgidos desde la perspectiva dinámica.

La combinación que ha demostrado ser más eficaz en mayor número de pacientes es la que asocia fármacos junto a entrenamiento en habilidades sociales e intervención familiar.

2) Los estudios sobre la carga genética en la esquizofrenia demuestran una influencia del factor genético, pero al mismo tiempo ponen en evidencia la importancia de los factores ambientales, tanto biológicos, como psicosociales (Rosenber, 1994; Gottesman, 1989; Tienari et al., 1987) (solo así se podría explicar la escasa concordancia entre gemelos univitelinos, y los resultados de los estudios de adopción, entre otros aspectos)

3) Los estudios transculturales, que ponen en evidencia diferencias en el

curso de la enfermedad entre los países desarrollados respecto a los de países en «vías de desarrollo»: El Estudio Piloto Internacional propiciado por la OMS mostró una evolución más favorable en los pacientes de los países menos desarrollados (World Health Organization, 1979), lo que se ha vuelto a comprobar en una actualización más reciente del mismo (Jablensky et al., 1992). Se ha sugerido que la conservación, en las sociedades menos industrializadas, de redes (las redes sociales amplias: familia extensa, comunidades rurales, etc) y la ausencia de factores de competitividad y otras tensiones sociales propias de las sociedades más evolucionadas podrían explicar estas diferencias, aunque la polémica abierta en torno a la interpretación de esos datos no puede darse por cerrada (Edgerton y Cohen, 1994; Jablensky et al., 1994; Caballero, 1995).

2.2. Evidencia empírica de la eficacia de tratamientos integrales

Desde que en 1978 Goldstein (1978) publicara los espectaculares resultados obtenidos en la prevención de recaída de pacientes esquizofrénicos en los nueve primeros meses de aplicación de tratamiento conjunto de neurolépticos e intervención familiar orientada a la crisis, y dos años más tarde Stein y Test (1980) informaran de la eficacia del “Tratamiento Asertivo Comunitario”, que permitía a los pacientes graves evitar el reingreso y mejorar substancialmente en su situación clínica y social, se ha acumulado un buen número de experiencias en este área. Los resultados más significativos se han obtenido en los siguientes aspectos:

1) Importante reducción de las recaídas. Se ha comprobado una disminución de las recidivas-reingresos en torno al 60-75% durante el primer año de tratamiento; en los años sucesivos, se van produciendo más reingresos, y acortándose la diferencia de tasas, pero las diferencias entre el grupo de pacientes tratados (con tratamientos psicosociales y fármacos) frente al grupo control (solo fármacos) aún persisten ocho años más tarde (Birchwood y Tarrier, 1995).

2) Disminuye significativamente la carga familiar, tanto objetiva (gastos, tiempo dedicado a cuidados del familiar enfermo), como subjetiva (sufrimiento, abandono de otros objetivos de la familia). Hoy se sospecha que el alivio de la carga familiar es tanto un resultado de los tratamientos, como una circunstancia que cuando se da (ya por reorganización espontánea de la propia familia, ya como efecto del tratamiento), contribuye de forma poderosa a la buena evolución clínica.

3) Colaboración del paciente: Mejor aceptación y adherencia al tratamiento (algunos autores justifican la necesidad de tratamientos psicosociales, aunque su único objetivo fuera éste).

4) Satisfacción del paciente y de la familia con el tratamiento.

2.3. Modelos teóricos integradores

No son meramente especulativos, sino construidos sobre bases empíricas, y están significando una nueva era en nuestra concepción de la(s) esquizofrenia(s).

La aportación más importante es que superan el determinismo clásico (un factor genético u otro factor causal desconocido «producen» la enfermedad), y permiten modelos conceptuales complejos, compatibles con los datos neurofisiológicos y psicosociales hoy disponibles. Son los modelos de vulnerabilidad /estrés, propuestos inicialmente por Zubin y Spring (1977), enriquecidos más tarde por otros autores (Ciompi, 1989; Nuechterlein y Dawson, 1984).

Definen la vulnerabilidad a la esquizofrenia como un conjunto de características estables, presentes ya antes de que surjan los síntomas, y que persisten incluso después de que éstos hayan desaparecido. La vulnerabilidad se supone integrada por factores independientes, tanto de índole neurobiológica, como psicosocial. Para que surjan síntomas se precisa, además de la presencia de factores de vulnerabilidad, la actuación de factores estresantes, que desbordan las posibilidades de respuesta adaptativa por parte del individuo. Junto a ello se reconoce también la importancia de otro grupo de factores protectores («*buffer*») que pueden contrarrestar o amortiguar la intensidad con que actúan los anteriores. Y se considera además la plasticidad del S.N.C. como una circunstancia que permite modificar factores de vulnerabilidad biológica preestablecidos.

Otro aspecto muy importante de estos modelos es que pueden explicar una posible continuidad entre la normalidad y la enfermedad, como dos extremos del par vulnerabilidad-estrés, al proponer modelos dimensionales en la caracterización clínica, frente a la perspectiva categorial clásica, que presupone la discontinuidad salud/enfermedad. Las propuestas dimensionales se fundamentan en los resultados de estudios en familiares, que informan de la presencia de marcadores de vulnerabilidad (en funciones neurofisiológicas, neuropsicológicas, o en rasgos característicos de personalidad), y manifestaciones sintomáticas menores o parciales del espectro de lo esquizofrénico.

A partir de este esquema, las intervenciones terapéuticas a largo plazo pueden ir dirigidas a disminuir la vulnerabilidad, reducir los factores de estrés, o aumentar la protección frente a los mismos:

1) Se pretende disminuir la vulnerabilidad (aumentar la resistencia) mediante tratamientos dirigidos a mejorar funciones cognitivas -atención, memoria, eficacia en el procesamiento de información-, mejorar la capacidad de comunicación interpersonal, y otras habilidades sociales, o la capacidad de afrontamiento de las dificultades derivadas de la situación de enfermedad .

La propia psicoterapia de orientación dinámica, individual o grupal, con las oportunas adecuaciones en la aplicación del método de acuerdo a las características específicas de los pacientes con esquizofrenia (McGlashan, 1994; Rosenbaum, 1995; Harding y Zahniser, 1994; Gunderson et al., 1984; Mueser y Berenbaum, 1990), pueden influir sobre factores psicológicos de vulnerabilidad (la consistencia del «*self*», las funciones de «*insight*» y empatía, la modificación de las estrategias defensivas, etc.).

2) Los fármacos antipsicóticos, que pueden actuar en dos dimensiones distintas: durante los periodos agudos, de exacerbación sintomática, facilitan la remisión de síntomas; mientras que en los periodos de estabilización parecen proporcionar protección frente al estrés, por aumentar el umbral de sensibilidad al mismo (Marder et al., 1996).

3) Las intervenciones dirigidas a mejorar (en extensión y calidad) las redes sociales de apoyo han demostrado ser un importante factor de protección frente a las recaídas y de facilitación de los procesos de recuperación (Hammer, 1981; Breier y Strauss, 1984; Beard, Prospt y Malamud, 1982).

4) Controlar factores de estrés, incidiendo sobre el clima relacional familiar, y regulando muy cuidadosamente el nivel de exigencia (en cuanto a rendimientos, esfuerzo adaptativo, dificultades de aprendizaje, etc.) de las actividades rehabilitadoras.

Hasta la fecha se han propuesto otros modelos de vulnerabilidad-estrés, que amplían y profundizan los iniciales, tales como el del suizo Ciompi (1994) que, sobre un esquema similar al descrito, da más relevancia al aspecto emocional hasta el punto de proponer que la esquizofrenia pueda considerarse como una psicosis afectiva muy particular y trabaja sobre un nuevo constructo (“*Affeklogik*”) que permita integrar el niveles cognitivo y el emocional. O el del finés Alanen (1994), que propone integrar lo subjetivo/intrapsíquico, con lo social-relacional (con perspectiva sistémica), a través de un modelo de intervención que está desarrollando en los servicios públicos de Finlandia. O la propuesta de Brenner, con su *programa “Integrated Psychological Therapy” (ITP)* (Hodel y Brenner, 1994; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1995) que pretende influir sobre los «círculos viciosos» de interacción entre las variables cognitivas y sociales (recientemente ampliado, al incluir también la dimensión emocional entre los objetivos del tratamiento).

3. MODALIDADES DE TRATAMIENTOS INTEGRADORES

Las modalidades más generalmente integradas son la intervención con la familia y el entrenamiento en habilidades sociales del paciente, junto con el tratamiento farmacológico. La aplicación conjunta de estos tres tratamientos permitió a Hogarty (Hogarty et al., 1981) publicar los resultados más contundentes obtenidos con la integración de tratamientos, al informar de la ausencia de recaídas durante el primer año de aplicación de ese tratamiento. Otras modalidades incorporan ingredientes de la psicoterapia dinámica, o de la rehabilitación cognitiva (Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Perris y Skagerlind, 1994; Parrado Prieto et al., 1997). En todos los casos se cuenta con el tratamiento antipsicótico como ingrediente imprescindible.

En general, el tratamiento psicosocial se inicia tras un periodo de estabilización clínica, y supone la continuación del tratamiento farmacológico. En otras ocasiones, ya desde el primer contacto (ambulatorio o en el hospital) se inician

estrategias de tratamiento integrado con el paciente y con los familiares, como en los modelos de intervención de Leff (1994; 1996), y de Alanen (1994). En todo caso, siempre se contempla un espectro de intervenciones dirigidas a modificar parámetros del individuo y de su entorno (familia, red social, ámbitos laborales y de convivencia).

3.1. Tratamientos dirigidos a reducir el estrés procedente del entorno: Las intervenciones familiares

3.1.1. Tratamientos breves. Los trabajos británicos de primeros de los setenta habían detectado la importancia de los factores de estrés ambiental (Brown et al., 1962; Brown y Birley, 1968; Van Os, Fathy y Bebbington, 1994; Walker y Lewine, 1990), pero entre sus propuestas no consideraban la posibilidad de intervenciones específicas en el ambiente familiar.

Michel Goldstein, en Los Angeles, fue el pionero en efectuar intervenciones sobre el ambiente y las relaciones familiares, tras el alta del primer o segundo episodio esquizofrénico agudo (Goldstein et al., 1978).

El primer ensayo terapéutico consistió en poner a prueba un programa de intervención familiar durante las seis primera semanas tras el alta: los pacientes dados de alta fueron aleatoriamente asignados a alguno de los cuatro grupos -según una estructura de ensayo dos por dos- según se administraran dosis moderadas/altas de neurolépticos o dosis bajas; y según se aplicara o no el programa de intervención en la familia.

El programa de intervención diseñado era breve, concreto, estructurado en cuatro fases y focalizado en problemas identificables. Se iniciaba con una exploración conjunta (entre la familia, incluyendo al paciente, y el terapeuta) de las características de la experiencia psicótica reciente, seguido por la identificación de los dos o tres estresores que en esos momentos fueran reconocidos como motivo de especial preocupación. El terapeuta ofrecía en todo caso una lectura de esos factores en sus connotaciones interpersonales (bien por la propia naturaleza de los factores de estrés, como podía ser la presencia de conflictos con personas significativas del entorno; bien por sus efectos en el ámbito de las relaciones). Además, muy importante, se insistía en la necesidad de mantener un bajo nivel de exigencia y de expectativas .

La segunda fase se dirigía a elaborar estrategias de evitación de esas circunstancias estresantes o, en su caso, de afrontamiento para su resolución, procurando siempre una recíproca adecuación entre el paciente y el resto de la familia en esos menesteres. Las sesiones posteriores (3ª fase) se dedicaban a evaluar los resultados de la práctica de esas estrategias, y a mejorarlas mediante enseñanza y entrenamiento por el terapeuta. La última fase consistía en intentar anticipar los posibles acontecimientos que podrían tener un impacto en el futuro, y prever las respuestas más adecuadas, y las distintas posibilidades de manejo de las mismas.

Como ya he señalado antes, este breve programa produjo excelentes resultados, siendo los más favorables para el grupo de alta dosis de medicación y tratamiento familiar (que no presentó ninguna recaída en los primeros seis meses), y los peores para el grupo de baja dosis y no tratamiento familiar (24% de recaídas en seis semanas, 48% en seis meses). Después de los primeros seis meses, tras el fin del tratamiento, fueron produciéndose recaídas, si bien aún dos años más tarde se mantenían importantes diferencias entre los grupos.

Estos tratamientos son una muestra de la posibilidad de sinergismo entre psicofármacos y psicoterapia: la combinación de ambos proporciona efectos añadidos a la mera suma de ambos, y abre nuevas posibilidades en la exploración de la integración de tratamientos

Intervenciones prolongadas

Surgen al comprobar la transitoriedad de los efectos favorables de los tratamientos breves. Se han propuesto varios modelos bien diseñados, y que han demostrado ser eficaces (Lefft, 1994, 1996; Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Falloon, Boyd y McGill, 1984; Fallon, 1992; Liberman, 1993; Lamb, 1991). Todos ellos han venido teniendo en común su foco principal (mejorar el clima familiar y asegurar la adhesión al tratamiento farmacológico), y en gran medida los métodos de intervención:

a) Clima de cooperación, en el que se pretende que el paciente sea un sujeto activamente implicado en su propio tratamiento, y la familia no es considerada como responsable del origen del trastorno sino un recurso terapéutico esencial, b) una orientación muy práctica, adecuando las intervenciones a las necesidades concretas presentes en cada familia -de información, de apoyo emocional, de capacidad de manejo y resolución de dificultades o tensiones específicas, y de superación del aislamiento al que suele conducir la existencia de esquizofrenia en un familiar, ya a consecuencia del estigma social, por la renuncia a actividades de ocio, del distanciamiento con las amistades, cambios en las rutinas familiares diarias, etc.), y c) el terapeuta controla el clima emocional de las sesiones de modo que se eviten situaciones de gran tensión.

Un buen ejemplo es el programa de Leff (1994, 1996), en Londres, uno de los más ampliamente aplicados, y evaluados: Se diseñó para ser aplicado específicamente en las familias de alta expresividad emocional (AEE), según eran definidas por el CFI de Brown, por ser consideradas las del más alto riesgo. En la práctica, no se considera imprescindible valorar la AEE mediante la aplicación del CFI, sino que las familias candidatas pueden ser seleccionadas por sus conductas manifiestas, tales como las que informan de manifestaciones de violencia física o verbal, de frecuentes llamadas a la policía para que intervinieran en situaciones tensas, las que buscan contactos puntuales y frecuentes con los facultativos en demanda de atención y seguridad, o aquellos casos en que se vienen produciendo al menos una

recaída anual.

El programa de Anderson, Reiss y Hogarty(1986), en Pitsburg, se inicia con un taller de información/psicoeducación para varias familias, seguido de un trabajo continuado con familias individuales. Falloon (1984, 1992) incluye intervenciones en el domicilio, y hace especial hincapié en la disponibilidad del equipo terapéutico las 24 horas del día, para intervenir ante la eventualidad de las situaciones de crisis que pudieran surgir.

3.1.3. Factores comunes, y valoración global, de los tratamientos integrados que implican intervención familiar

En los últimos 15 años se han ido dando a conocer varios modelos de intervención familiar en la misma línea integradora que los mencionados, aunque incorporando algunas perspectivas o estrategias y métodos de tratamiento diferentes, siendo los grupos más relevantes los de Anderson, Reiss y Hogarty, (1986), Falloon (1984, 1992) y Liberman (1993), Birchwood y Tarrier (1995).

Tanto por las excelente revisión de Lamb (1991) a la búsqueda de elementos y características comunes de los tratamientos familiares integrados, como por la del propio Leff (1994), revisando tanto las experiencias exitosas como los fracasos, podemos sintetizar las lecciones aprendidas en estos años con estas modalidades de tratamientos:

1) Se ha de contar con la implicación activa y el compromiso de las familias. Para ello es muy importante que desde el contacto inicial y la evaluación se tengan muy en cuenta las características de la demanda (se trata de responder a las necesidades percibidas por los pacientes y familiares). Se recomienda iniciar el tratamiento en los momentos de crisis, pues en frío, en momentos de estabilización (aunque pueda ser en precario) las familias no suelen ser proclives a remover su situación y a implicarse en cambios.

2) En cuanto a los contenidos, hay coincidencia en observar que la psicoeducación sola es insuficiente para proteger de las recaídas, aunque probablemente es importante para crear un clima colaborativo, en una relación más simétrica que la tradicional (tendiendo a compartir una misma información, en la medida de lo posible terapeutas, familias y pacientes). También es fundamental el aprendizaje de la búsqueda de soluciones para problemas de la vida diaria.

3) La duración no debe ser menor de nueve meses, con tendencia a que se prolongue hasta los dos años.

4) Los terapeutas deben tener un entrenamiento específico en este tipo de intervenciones, pues no es fácil trasladar directamente a estos programas la experiencia adquirida en otros tipos de tratamiento. Insiste en la necesidad de una formación específica para tratar la AEE, y que dispongan de supervisión continuada durante un tiempo. Leff propone para su país que los profesionales de la enfermería psiquiátrica comunitaria puedan ser el núcleo en torno al cual generalizar este tipo

de tratamientos haciéndolos accesibles a toda la población que lo precisa.

En la práctica, en el Reino Unido, vinculados a los grupos de Leff, Tarrier, y Falloon se está promoviendo una amplia red de terapeutas para estas modalidades que se nutre especialmente de los profesionales de enfermería psiquiátrica comunitaria.

5) Hay también coincidencia en valorar que su eficacia consiste en aplazar la recaída, no en prevenirla de forma indefinida. Su potencia preventiva decae con el tiempo, por lo que es necesario estudiar las fórmulas en que deba administrarse de forma prolongada (por ejemplo, mediante intervenciones periódicas, intermitentes, con una intensidad y frecuencia adecuadas a las características de cada caso). En la medida en que no se trata de tratamientos etiológicos no debe sorprender la necesidad de continuidad. Ocurre lo mismo con la necesidad de tratamiento neuroléptico prolongado, y al igual que en este caso también es discutible la pauta más conveniente a seguir (dosis mínimas continuadas, cuando sea posible, o prescripción intermitente).

Otros programas, como el de Alanen, «centrado en las necesidades de los pacientes», plantean una integración jerarquizada, de modo que consideran la referencia prioritaria la consideración de los aspectos relacionales, y el sentido que la crisis tiene en la historia familiar e individual, y se proponen intervenir desde esa perspectiva, como la nuclear del proceso terapéutico. En este caso, los tratamientos farmacológicos se contemplan como un ingrediente complementario, siempre al servicio del trabajo terapéutico centrado en la situación del paciente y sus relaciones con el entorno.

Finalmente, es importante reseñar los logros que se están obteniendo con los tratamientos grupales multifamiliares, especialmente desarrollados y estudiados por McFarlane (1993) en New York, que están sirviendo como referencia para experiencias similares en nuestro país.

3.2. Las intervenciones centradas en el paciente: los tratamientos individuales y grupales

3.2.1 El entrenamiento en habilidades sociales

La experiencia clínica confirma que la persistencia de algunos síntomas negativos (menos susceptibles de remitir con el tratamiento farmacológico), además de afectar seriamente la calidad de vida, es un importante predictor de recaídas: quizás porque impiden al paciente la búsqueda activa de situaciones que podrían ejercer un efecto tampón frente al estrés (amistades, vinculación a grupos sociales, etc.); y porque su mera presencia se constituye en un importante factor de estrés cuando es percibido como un problema por el paciente, y a través de su impacto en la familia o en el entorno.

Los síntomas más característicos de este área son: déficits en la ejecución de

los aspectos paraverbales de la comunicación interpersonal, escasa iniciativa para establecer relaciones sociales, incapacidad para reconocer las emociones de los demás, y dificultades para afrontar situaciones estresantes, incluso con factores de estrés leves.

Uno de los programas que goza de mayor aceptación para abordarlos es el desarrollado por el grupo de Liberman (1993). Parten de la aceptación de las premisas de la psicología de la conducta, que consideran que el desarrollo de las habilidades sociales puede desplazar o reemplazar conductas sintomáticas o desadaptadas. El tratamiento se inicia con un detallado análisis funcional de la conducta (valorando tanto los déficits como las áreas en las que se mantienen mejores rendimientos), y consiste en una secuencia de tratamientos modulares, con criterios precisos de evaluación continuada. Los módulos clásicamente incluidos en este programa son los de autoadministración de medicación, habilidades de ocio y recreo, habilidades conversacionales, habilidades para la resolución de problemas sociales, manejo de dinero, funcionamiento doméstico e higiene. (Existen manuales y vídeos sobre cada uno de los módulos dirigidos a los monitores/terapeutas, y otros para los pacientes).

Entre nosotros, los tratamientos basados en el entrenamiento en habilidades sociales, han sido incluidos en los últimos años en programas integrados de tratamiento rehabilitador y de reinserción, en el ámbito comunitario, siendo hoy considerados un importante ingrediente de estos programas (Rebolledo y Lobato, 1994; Rebolledo y Pastor, 1991; Desviat, 1995; Fernández Liria, 1995; Hernández Monsalve, 1996).

3.2.3 La psicoterapia dinámica

En una interesante reflexión acerca de los mitos que han acompañado la conceptualización y el tratamiento de la esquizofrenia en las últimas dos décadas, Harding y Zahniser (1994), amparados en la propia evidencia empírica, identifican y describen siete mitos, y proponen replanteamientos que permitan superarlos. Uno de ellos se refiere a la desconfianza actual frente a la psicoterapia dinámica (en sus distintas formulaciones) del esquizofrénico. Una de las evidencias a las que se remiten para sustentar su propuesta es el acúmulo de informes personales de (ex)pacientes recuperados que hacen énfasis en la importancia de la ayuda psicoterapéutica y refieren múltiples aspectos en la que ha resultado muy beneficiosa.

La psicoterapia que éstos y otros autores (McGlashan, 1994; Hogarty et al., 1995) proponen desde la perspectiva psicodinámica introduce cambios significativos en su aplicación tradicional. Así por ejemplo, se reconoce explícitamente que la esquizofrenia se trata primariamente de un trastorno cerebral con consecuencias secundarias en el aprendizaje y la experiencia. Y en consecuencia se proponen diversas variaciones en el método que tengan en cuenta los factores limitantes que se derivan de aquellas, especialmente las dificultades en el procesamiento de

información, atención y memoria.

En general, se reconoce que para la mayoría de los pacientes, una psicoterapia que pretenda una intensa exploración de la experiencia subjetiva suele significar un estrés importante y seguirse de descompensaciones clínicas, por lo que está contraindicada para la mayoría de los pacientes.

Las nuevas propuestas de psicoterapia de orientación dinámica tienden a coincidir en los siguientes aspectos:

Se reconoce la necesidad de estabilización clínica previa mediante medicación, que se mantendrá simultáneamente con la psicoterapia.

Los métodos que se proponen son muy similares a los clásicos de la psicoterapia de apoyo; e insisten en la necesidad de ser muy sensibles en cuidar la distancia emocional con el paciente, y en el ritmo, pausado y prudente.

Se recomienda considerar la posibilidad de incorporar otras perspectivas. Especialmente se recomienda que el terapeuta realice actividades de educación/información acerca de la naturaleza de la enfermedad y la enseñanza de estrategias de afrontamiento para mejor controlar sus efectos. Incluso se propone que el terapeuta asuma un papel activo en la defensa de los derechos del paciente en cuanto a satisfacer sus necesidades externas (sociales y materiales).

Una de las aportaciones más interesantes es la realizada recientemente por Hogarty et al.(1995), viejo pionero del desarrollo de los tratamientos integrales de la esquizofrenia, que ha desarrollado un método específico de psicoterapia para los pacientes con esquizofrenia que denomina "Terapia Personal". Parte de la cotidiana comprobación de que muchos pacientes no pueden beneficiarse de las terapias familiares, sencillamente porque viven solos, o porque la familia no quiere implicarse en el tratamiento; además de que muchos de ellos se dirigen preferentemente a familias de alta expresividad emocional, y no se ofrece alternativa para el resto.

La Terapia Personal que propone parte de las siguientes premisas:

1) La esquizofrenia asienta probablemente en una hipoplasia del desarrollo cerebral, con importantes repercusiones en la vulnerabilidad neuropsicológica. Y, funcionalmente, es un trastorno de las cogniciones básicas y sociales (atención, dificultades en el procesamiento de la información, memoria, motivación, juicio)

2) Por esto, no son aplicables los métodos tradicionales de psicoterapia, que presuponen el mantenimiento íntegro de las estructuras cerebrales.

3) En sus manifestaciones clínicas y curso evolutivo, el afecto juega un papel central: La esquizofrenia supone una pérdida de control de la regulación del humor. Y además, entre el estado subjetivo y la conducta social se da una relación interactiva y de refuerzo mutuo.

La Terapia Personal se concibe como un tratamiento adecuado a los efectos de la enfermedad en el sujeto, dirigido a facilitar el autocontrol de la afectividad. Propone una intervención secuencial, en la que introduce diversos ingredientes,

tales como actividades educativas básicas y técnicas preliminares de evitación de estrés, y refuerzos de conductas positivas, hasta prudentes excursiones hacia la autoobservación y la observación/captación de la realidad emocional de los demás. Siempre en pacientes con remisión de síntomas positivos, y siguiendo cuidadosamente su estado emocional.

Para poder aplicar este tratamiento, recomienda las dosis más bajas posibles de medicación (el bloqueo dopaminérgico afecta la motivación; y los anticolinérgicos, el aprendizaje).

El tratamiento se estructura en tres fases, con objetivos y métodos bien diferenciados en cada fase; y se prevé una duración de uno a tres años. En una reciente publicación, en la que evalúa resultados parciales de su aplicación a 150 pacientes, informa de resultados muy esperanzadores en cuanto a indicadores de mejoría y baja tasa de recaídas.

Además de las experiencias antes señaladas, se han venido desarrollando diversas modalidades de tratamiento grupal de pacientes esquizofrénicos (Ingelmo, Ramos y Muñoz, 1993; González y Capilla, 1993), adecuando los modelos tradicionales de psicoterapia de grupo a las características particulares de estos pacientes, e integrando este tratamiento con otros tipos de intervención (farmacológica, rehabilitación psicosocial, etc.).

A través del grupo pueden actuar muy diversos factores terapéuticos, tales como la mejora de la autoestima, la contención de la ansiedad, la comprobación y aceptación de la realidad, el aprendizaje vicario, la instigación de esperanza, etc. desarrollando funciones psíquicas que tienen en común el que se construyen, mediante identificación, a partir de lo aportado por un otro externo. Como señalan Ingelmo, Ramos y Muñoz (1993), el terapeuta debe determinar qué factores terapéuticos grupales deben ser activados en cada caso, y en virtud de ello seleccionar las técnicas de intervención.

3.2.4 Las terapias cognitivas

Constituyen otro ingrediente importante a considerar en el tratamiento integral. Hasta el momento, sin embargo, la perspectiva cognitiva se ha mostrado más fértil en proporcionar modelos explicativos de lo que podríamos llamar la nueva perspectiva neuropsicológica de la esquizofrenia, que en métodos de tratamiento específico eficaces.

En orden a la eficacia está abierta una interesante polémica en torno al lugar que pueden ocupar estas técnicas en la secuencia de intervenciones. Así, algunos autores han encontrado que, de cara al tratamiento es más eficaz intervenir según una secuencia inversa a la etiopatogénica (en la que los déficits cognitivos preceden a los déficits en la función social): la intervenciones cognitivas se muestran más eficaces tras una cierta recuperación de la función social, adquirida mediante otras técnicas

Muchos procedimientos cognitivos están ya habitualmente integrados en otros formatos de tratamiento comentados antes (técnicas de control de estrés, búsqueda de solución de problemas, etc.). Pretenden actuar a dos niveles: Rehabilitador (recuperar déficits), y preventivo (el déficit cognitivo no es solo un síntoma sino un elemento de vulnerabilidad, y su corrección por tanto puede tener un valor preventivo de cara a la evolución).

Algunas de las líneas de trabajo más prometedoras en la actualidad son las siguientes:

La “Terapia Psicológica Integrada”, de Brenner (Hogarty, Anderson y Reiss, 1981; Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Hodel y Brenner, 1994; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1995) desarrollada en la ciudad de Berna: incorpora mediante subprogramas distintos ingredientes de lo cognitivo y lo conductual resocializador, planteando interesantes perspectivas de combinación de ambas dimensiones, que aún no han encontrado su mejor complementariedad. Y llama la atención sobre la necesidad de incorporar también al tratamiento la dimensión afectivo-emocional, tan descuidada por los cognitivo-conductuales.

El tratamiento incluye los varios módulos: aprendizaje de resolución de problemas, habilidades sociales, comunicación verbal, percepción social, diferenciación cognitiva.

Los trabajos del grupo de Birchwood, en Birmingham, y de Tarrier, en Salford, Manchester (Birchwood y Tarrier, 1995) incorporan importantes novedades tanto en las técnicas como, sobre todo, en los focos de atención del tratamiento; por ej. proponen intervenciones específicas para el proceso de recuperación de las psicosis agudas, o para un abordaje precoz ante la presencia de pródromos, o para el tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos residuales resistentes a fármacos. Es de destacar que estas intervenciones están pensadas (y ensayadas) en un contexto asistencial muy claramente definido como comunitario (de atención continuada) y al servicio de tratamientos integrados (tanto en su concepción teórica como en su aplicación práctica).

Otra línea de gran interés teórico y práctico es la iniciada por Perris y su grupo (Perris y Skagerlind, 1994), que trabajan sobre técnicas de intervención para la esquizofrenia, que toman como referencia la terapia cognitiva de Beck para la depresión.

4. LA INTEGRACIÓN EN LA RED DE SERVICIOS COMUNITARIOS

Más allá de los avances en la construcción de modelos teóricos integradores, no se podrá hablar con propiedad de tratamiento integral de la esquizofrenia, ni de Psiquiatría Integral, si no es en el contexto de una red de servicios de salud mental comunitarios en la que esté garantizada la continuidad de cuidados, y el acceso a recursos, dispositivos y programas asistenciales al servicio de las necesidades reales (clínicas y sociales) de los pacientes, con la suficiente flexibilidad (las

expectativas, necesidades, y pautas de uso de los servicios son cambiantes), teniendo siempre presente que el objetivo final es restituir al sujeto la capacidad para el desarrollo de sus opciones vitales, mediante el ejercicio de los derechos civiles y sociales; y el mayor grado posible de competencia en la gestión de su vida y su persona, incluida su enfermedad (o lo que quede de ella).

Hay suficiente experiencia acumulada como para saber que las nuevas fórmulas de organización de los servicios comunitarios, que suponen proyectos asistenciales integrales y globales (desde la primera consulta hasta la rehabilitación) pueden cambiar substancialmente el porvenir del paciente esquizofrénico (Mc Farlane, Dune y Lukens, 1993; Rebolledo y Lobato, 1994; Rebolledo y Pastor, 1991; Desviat, 1995; Fernández Liria, 1995; Hernández Monsalve, 1996; Desviat, 1994; Weller y Muijien, 1993; Dell'Acqua, 1995).

5. AFRONTANDO NUEVOS RETOS: HACIA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ESQUIZOFRENIA

En nuestros días, en que aún el intervalo que media para gran número de pacientes, entre la presentación de los síntomas prodrómicos, e incluso de los primeros síntomas característicos de la enfermedad, y el comienzo del tratamiento llega a ser de varios años (González Vázquez et al., 1996), hablar de prevención primaria puede parecer ilusorio. Y ciertamente no estamos en condiciones de proponer medidas preventivas que hayan demostrado su validez, pero sí señalar algunas direcciones que nos pueden aproximar a ello en los próximos años. Valgan como referencia los ya clásicos estudios Doane (Falloon, Kydd, Coverdale et al., 1996), al caracterizar familias mediante el «Estilo Afectivo», un indicador con algunos puntos en común respecto al de Emoción Expresada, con patrones de relación que indican alto riesgo de que alguno de sus miembros padezca esquizofrenia, o los de Wynne (Martínez Pascual, Higuera González y Moreno Raymundo, 1997), trabajando sobre un constructo algo distinto («la Comunicación Desviada»), pero referido a la misma área problemática. El estudio conjunto de estos indicadores referidos a las familias, con otros neurofisiológicos (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997); y neuropsicológicos, (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997; Frith, 1995) referidos a la vulnerabilidad individual podrían orientar en la confección de programas selectivos de intervención precoz. Las recientes aportaciones de Falloon (Falloon, Kydd, Coverdale et al., 1996), informando de la eficacia de intervenciones «precozes» (en periodos prodrómicos), y de otros autores (Martínez Pascual, Higuera González y Moreno Raymundo, 1997), alientan justificadas esperanzas en el complejo panorama del tratamiento de la(s) esquizofrenia(s), y en el no menos interesante de la entidad psicobiológica del ser humano (Eisenberg, 1995).

Tras un breve repaso a algunos hitos que han marcado la evolución desde la tradicional perspectiva dualista hasta la más recientes integradoras, se exponen sus fundamentos teóricos y empíricos, tanto para la comprensión etiopatogénica de la(s) esquizofrenia(s) como para decidir estrategias de tratamiento. Se aborda especialmente la integración entre el nivel biológico/tratamientos farmacológicos y el psicosocial/psicoterapia-rehabilitación, y se revisan algunas posibilidades de integración de distintos modelos de psicoterapia.

Finalmente, se señala la importancia de llevar a la práctica una integración efectiva en los servicios de salud mental comunitarios, y las nuevas posibilidades abiertas a las intervenciones de carácter preventivo.

Palabras clave: esquizofrenia, integración en psicoterapia, servicios de salud mental, redes sociales, tratamientos farmacológicos.

Referencias bibliográficas:

- AKBARIAN, S., KIM J.J., PTKIN, S.G. et al.(1996). Maldistribution of interstitial neurons in prefrontal white matter of the brains of schizophrenics patients. *Archives of General Psychiatry*, 53, 425-436.
- ALANEN, Y.O. (1994). An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origins of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 55-61.
- ANDERSON, C., REISS, D., & HOGARTY, G. (1986). Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrortu.
- ANDREASEN, N.C., FLAUM, M., SWAYZE, V.W. II, et al. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. *Archives of General Psychiatry*, 47, 615-621.
- BACHNEFF SA. (1996). Regional cerebral blood flow in schizophrenia and the local circuit neurons hypothesis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 163-182.
- BEARD, J.H., PROPST, R., & MALAMUD, T.J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53
- BÉJAR, A., VAZ, F.J., PENASA, B., GONZÁLEZ, J.C., & CASADO, M. (1996). Conciencia de enfermedad en la esquizofrenia: una aproximación clínica. *Psiquiatría Biológica*, 3, 31-36.
- BILDER, R.M. (1996). Neuropsychology and neurophysiology in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 57-62.
- BIRCHWOOD, M., & TARRIER, N. (1995). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel.
- BREIER, A., & STRAUSS, J.S. (1984). Social relationships in the recovery from psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 949-955.
- BRENNER, H.D., HODEL, B., RODER, V., & CORRIGAN, P. Treatment of cognitive disfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-27.
- BROWN, G.W, CARSTAIRS, G.M, & TOPPING, G.C. (1957). The post hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 11, 685-685.
- BROWN, G.W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various tips of living group. *Milbank Memorial Fundation Quartely*, 37, 105-131.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. (1968). Crises and life changes on the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 203-214.
- BROWN, G.W., MONEK, E.M., CARSTAIRS, G.M., & WING, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- CABALLERO, L. (1995). Cultura y evolución de la esquizofrenia en los estudios de la OMS. ¿Se ha hecho una asociación prematura?. *Psico-News Letter*, 1, 1-2.
- CIOMPI, L. (1980). Catamnestic Long-term study on the course of live and aging schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 608-618.
- CIOMPI, L. (1989). The dynamics of complex biological -psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long term evolution of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 15-21.

- CIOMPI, L. (1994). Affect Logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl 23), 51-55.
- COLODRÓN, A. (1990). *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. Madrid: Siglo XXI.
- CROW TJ. The two syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bull* 1985: 471-486
- DESVIAT, M. (1994). La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor.
- DESVIAT, M. (1995). La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *RRPIC*, 1, 87-90.
- Dell'ACQUA, G. (1995). Triste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental. *Psiquiatría Pública*, 7, 129-143.
- DOCHERTY, J., HERZ, M., & GUNDERSON, J. (1993). Psychosocial treatment research in psychiatry: A Task Force of the American Psychiatric Association (pp. 25-28 y 37-39). Washington: A.P.A.
- EDGERTON, R.B., & COHEN, A. Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. *British Journal of Psychiatry*, 164, 222-231.
- EISENBERG, L. (1995). The social construction of the human brain. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1563-1575.
- FALLON, I.R.H., BOYD, J.L., & MCGILL, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guildford Press.
- FALLOON, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-15.
- FALLOON, R.H., KYDD, R.R., COVERDALE, J.H. *et al.* (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-282.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. *RRPIC*, 1, 32-36.
- FRANCES, A., DOCHERTY, J.P., & KAHN, D.A. (1996). Protocolos del consenso de expertos. Tratamiento de la esquizofrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suplemento 12B, ed, española).
- FREEDMAN, A.M. (1967). Historical and political roots of the community mental health centers act. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 487-494.
- FRITH, C. D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel.
- GARRABÉ, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers (trad. cast., *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996)
- GOLDSTEIN, M.J., RODNICK, E.H., EVANS, J.R., *et al.* (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- GONZÁLEZ VAZQUEZ, A.I., GARCÍA CORTÁZAR, P., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, E., & LÓPEZ FERNÁNDEZ, B. (1996). En busca de la psicosis naciente. *Psiquiatría Pública*, 8, 360-366.
- GONZÁLEZ, M., & CAPILLA, T. (1993). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos I. *Revista AEN*, 13, 29-34.
- GOTTESMAN, I. I. (1989). *Schizophrenia genesis: the origins of madness*. New York: Freeman.
- GREEN, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- GUNDERSON, J.G., FRANKL, A.F., KATZ, H.M. *et al.* (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- HAMMER, M. (1981). Social support, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- HARDING, C.M. (1988). Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.
- HARDING, C.M., & ZAHNISER, J.H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl 384), 140-141.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, M. (1996). De los tratamientos asertivos al «case management». *Psiquiatría pública*, 246-251.
- HODEL, B., & BRENNER, H. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual bases, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (sup 384), 108-115.
- HOGARTY G. E., ANDERSON C. M, REISS D. J, *et al.* (1981). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the treatment of schizophrenia. II: 2 years effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- HOGARTY, G.E., KORNBLITH, S.S., GRUNWALD, D., *et al.* (1995). Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-393.
- HUGUELET, P.H, FAVRE, S., BINYET, S., GONZÁLEZ, C.H., & ZABALA, I. (1995). The use of the expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area

- of Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 447-452.
- INGELMO, J., RAMOS, L.I., & MUÑOZ, F. (1993). Tratamiento combinado de la esquizofrenia crónica en un contexto asistencial público. *Psiquiatría Pública*, 3, 157- 175.
- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., COOPER, J.E. *et al.* (1994). Criticisms Of WHO studies are answered. *British Journal of Psychiatry*, 165, 434-436.
- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBER, G., *et al.* (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine*, 20 (monograph sup).
- KANE, J.M., & MCGLASHAN, T.H. (1995). Tratamiento de la esquizofrenia. *The Lancet* (ed. española), 28, 130-126.
- KEEFE, R.S.E, LOBEL, D.S, MOHS, R.C., *et al.* (1991). Diagnostic issues in chronic schizophrenia: kraepelinian schizophrenia, undifferentiated schizophrenia, and state-independent negative symptoms. *Schizophrenia Review*, 4, 71-79.
- LAMB, D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-442.
- LEFF, J. (1994). Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl 384), 133-139.
- LEFF, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 164 (sup. 23), 71-76.
- LEFF, J. (1996). Alliance with families in the management of schizophrenia. *Congrés Internacional de Salud Mental*. ANYS. Barcelona.
- LEHMAN, A.F., THOMPSON, J.W., DIXON, L.B., SCOT, J.E. 81995). Schizophrenia: treatment outcomes research- editor's introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 561-566.
- LIBERMAN, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- LIDDLE, P.F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative symptom dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- LINZSEN, D.H., DINGEMANS, P.M., NUGTER, M.A., *et al.* (1997). Patient attributes and expressed Emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 119-130.
- MARDER, S.R., WIRSHING, W.C., MINTZ, J. *et al.* (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585- 1592.
- MARTINEZ PASCUAL, B., HIGUERA GONZÁLEZ, E., MORENO RAYMUNDO, P. (1997). Tratamiento de la esquizofrenia incipiente. *Psiquiatría Pública*, 9, 69-71.
- MCGLASHAN, T.H. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl.), 147-152
- MCPHERSON, R., JERROM, B., & HUGHES, A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 718-722.
- McFARLANE, W.R., DUNE, E., LUKENS, E. *et al.* (1993). From research to clinical practice: Dissemination of New York's state family psychoeducational project. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 265-270.
- MONTERO, I., GOMEZ-BENEYTO, M., RUIZ, I., PUCHE, E., & ADAM, A. (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish patients. A two year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- MUESER, K.T, & BERENBAUM, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?. *Psychol. Med.*, 20, 252-262.
- NUECHTERLEIN, K.H., & DAWSON, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-313
- PARRADOPRIETO, C., RODRIGUEZ CAMPOS, A., & JIMENO BULNES, N. (1997). Tratamientos psicosociales y cognitivos en los síndromes esquizofrénicos. *Psiquiatría Pública*, 9, 55-65.
- PERRIS, C., & SKAGERLIND, L. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 384), 65-70.
- REBOLLEDO, S., & LOBATO, M.J. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid: Asociación Psiquiatría y Vida.
- REBOLLEDO, S., & PASTOR, A. (1991). Programas y servicios de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 204- 214.
- RODER, V., BRENER, H.D., HODEL, B., & KIENZLE, N. (1995). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- ROSENBAUN, C. P. (1995). Individual psychotherapy. En S. Vinogradov & I. D. Yalom, *Treating schizophrenia*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- ROSENBER, R. (1994). Heredity in the functional psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 89, 142-145.
- RUPPIN, E., REGGIA, J.A., & HORN, D. (1996). Pathogenesis of schizophrenic delusions and hallucinations: A neural model. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 105-123.
- SCOTT, J. E., & DIXON, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 621-630.
- SCULLY, P. J., COAKLEY, G., KINSELLA, A., & WADDINGTON J. L. (1997). Executive (frontal) dysfunction and negative symptoms in schizophrenia: apparent gender differences in 'static' v. 'progressive' profiles. *British Journal of Psychiatry*, 171, 154-158.
- STEIN, L., & TEST, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 37, 392-397.
- TANAKE, S., MINO, Y., & INOVE, G. (1995). Expressed Emotion and the course of schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 167, 795-798.
- TIENARI, P. *et al.* (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 477-484.
- VAN OS, J., FATHY, T. A., BEBBINGTHON, P. *et al.* (1994). The influence of life events on the subsequent course of psychotic illness. A prospective follow-up of the Camberwell collaborative psychosis study. *Psychol. Med.*, 24, 503-513.
- VAUGHN, C. E., & LEFF, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Clinical Social Psychology*, 15, 157-165.
- WADDINGTON, J. L., YOUSSEF, H. A., & KINSELLA, A. (1995). Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychological Med.*, 25, 849-857
- WALKER, E., LEWINE, R.J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.
- WELLER, M. P. I., & MUIJEN, M. (1993). *Dimensions of community mental health care*. London: WP Sanders.
- WIESELGREN, I. M., & LINDSTRÖM, L. H. (1996). A prospective 1-5 year outcome study in first admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr. Scand.*, 93, 9-19.
- WIGG, N.N., MENON, D.K., BEDI H, *et al.* (1987). Expressed emotion and schizophrenia in North India. I: cross-cultural transfer of ratings of relatives' expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 151, 156-173.
- WORKING GROUP ON SCHIZOPHRENIA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. (supplement to). *American Journal of Psychiatry*, 157.
- World Health Organization. Schizophrenia. An international follow-up study. Wiley. Chichester 1979
- WYKES, T., & CARSON, J. (1996). Psychosocial factors in schizophrenia: implications for rehabilitation and community care. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 68-72
- ZUBIN, J., & SPRING, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Anormal Psychology*, 86, 103-126.