

**Consenso Español sobre
Evaluación y Tratamiento
de la Esquizofrenia**



**Sociedad Española de Psiquiatría
1998**

Sociedad Española de Psiquiatría S.E.P.

■ Junta Directiva

Presidente: S. Cervera Enguix (Pamplona)

Vicepresidenta: C. Leal Cercós (Valencia)

Secretario: J. Saiz Ruiz (Madrid)

Vicesecretario: F. Cañas de Paz (Madrid)

Tesorero: C. Carbonell Masiá (Madrid)

Vocales: M. Gutiérrez Fraile (Vitoria)
A. Medina León (Córdoba)
E. Alvarez Martínez (Barcelona)
F. Vidal Pardo (Lugo)
J. Sanjuan Arias (Valencia)
R. Gracia Marco (Tenerife)

Vocales permanentes:

F. Llaveró Avilés
E. Amat Aguirre
C. Ruiz Ogara
J.J. López-Ibor Aliño
V. Conde López
D. Barcia Salorio
S. Cervera Enguix
A. Ledesma Jimeno
J. Giner Ubago

Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia

■ Coordinación

José Giner Ubago

■ Relatores

Enrique Baca Baldomero

Julio Bobes García

Manuel Camacho

Miguel Gutiérrez Fraile

Maribel Montero Piñar

Víctor Peralta Martín

■ Comité de expertos

Carlos Ballús Pasard

Demetrio Barcia Salorio

Miguel Bernardo Arroyo

Alfonso Blanco Picabia

Salvador Cervera Enguix

Antonio Colodrón Álvarez

Valentín Conde López

José María Costa Molinari

Eduardo Cuenca Fernández

Juan Gibert Rahola

José Giner Ubago

Manuel Gómez Beneyto

José M^a González Infante

Mariano Hernández Monsalve

Elena Ibañez Guerra

Carmen Leal Cercós

Tomás Palomo Álvarez

Miguel Roca Benasar

Julio Vallejo Ruiloba

José Luis Vázquez Barquero

Prefacio

Prof. Salvador Cervera Enguix

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

La presente edición del Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia es el resultado de muchas horas de trabajo, individual y de grupo, que ha realizado un grupo de expertos con el propósito de ofrecer, al psiquiatra o al profesional de la salud mental interesado por el tema, el estado de la cuestión desde una perspectiva eminentemente clínica.

No cabe duda que en relación con un tema de tanta trascendencia y magnitud como es la evaluación y el tratamiento de la esquizofrenia, se dispone de abundante bibliografía y documentación. Es más, recientemente, la American Psychiatric Association ha publicado unas Directrices Prácticas relacionadas con el tema que nos ocupa; pero, sin ánimo de infravalorar la importancia de esta edición, de indudable interés y prestigio, el grupo de expertos de la Sociedad Española de Psiquiatría ha querido mostrar, pese a todo, su punto de vista, significando que también podría resultar de interés ofrecer una visión desde la realidad clínica en que nos movemos y a través de la experiencia personal que nos aportan nuestros enfermos. Se debe tener también en cuenta que las normas de atención médica que se establecen en este libro a partir de los documentos bibliográficos consultados, son sólo orientaciones que ofrecemos al lector y que, en definitiva, será el propio psiquiatra quien deba establecer un juicio definitivo acerca del procedimiento clínico que estime conveniente utilizar.

Como es habitual en estos casos, el Consenso Español se ha desarrollado de acuerdo con las normas y directrices sobre dicha modalidad de trabajo: un grupo de psiquiatras en activo, así como profesionales universitarios o investigadores, que destinan parte de su tiempo a la atención clínica del enfermo esquizofrénico, seleccionaron en su momento una serie de aspectos atendiendo a los siguientes criterios: a) grado de importancia; b) interés para la práctica de la Psiquiatría; c) información disponible; d) trabajos ya realizados; y e) área en que una mayor atención y participación del psiquiatra podría resultar útil. A continuación, se delimitaron los conceptos fundamentales que debían ser analizados en profundidad y, tras la elaboración de una propuesta presentada por un relator, se estableció el consenso por el grupo de expertos, tras varias sesiones de debate.

El resultado -a nuestro entender muy positivo- es esta publicación en la que se expresan las reflexiones de un grupo de profesionales, y no la aportación de

varios autores, que han pretendido compaginar el conocimiento científico con la experiencia clínica, fruto de su labor profesional.

Quede constancia, finalmente, nuestro agradecimiento a Janssen-Cilag por habernos proporcionado en todo momento los medios materiales y de infraestructura indispensables para la ejecución del trabajo. Colaboraciones de este tipo honran y enaltecen a las empresas en su relación con las sociedades profesionales.

Pamplona, Octubre de 1998

■ Índice

I.	Evaluación Clínica de la Esquizofrenia	5
I.1.	Introducción	5
I.2.	La anamnesis	6
I.2.1.	Historia de la enfermedad	6
I.2.1.1.	Edad y forma de comienzo	6
I.2.1.2.	Formas de evolución	6
I.2.1.3.	Episodio actual	7
I.2.2.	Historia personal	8
I.2.2.1.	Desarrollo psicomotor y cognitivo	8
I.2.2.2.	Personalidad previa	8
I.2.3.	Historia social, familiar y laboral	8
I.2.4.	Historia médica general	9
I.2.5.	Antecedentes familiares	9
I.3.	Examen del estado mental actual. Exploración psicopatológica	9
I.3.1.	Características generales	9
I.3.2.	Técnica de la entrevista	10
I.3.3.	Dificultades para la exploración psicopatológica	11
I.3.4.	Evaluación de síntomas específicos	11
I.4.	Evaluación de situaciones clínicas especiales: riesgo de suicidio y violencia	16
I.5.	Evaluación psicopatológica mediante instrumentos estandarizados	17
I.5.1.	Evaluación diagnóstica mediante entrevistas estructuradas	18
I.5.2.	Evaluación polidiagnóstica	18
I.6.	Evaluación psicométrica	19
I.6.1.	Evaluación clínica vs evaluación psicométrica	19
I.6.2.	Escalas de psicopatología general	20
I.6.3.	Escalas de psicosis	21
I.6.4.	Escalas de esquizofrenia	21
I.6.5.	Comparación entre las escalas de esquizofrenia	23
I.6.6.	Escalas de síntomas específicos	24
II.	Evaluaciones Complementarias	32
II.1.	Biopatología	32
II.2.	Electrofisiología	33
II.2.1.	Electroencefalograma (EEG)	34
II.2.2.	Cartografía Cerebral	34
II.2.3.	Potenciales Evocados (PE)	34

II.3. Neuroimagen	34
II.3.1. Tomografía Axial Computerizada (TC):	35
II.3.2. Resonancia Magnética Nuclear (RM):	36
II.3.3. Técnicas Funcionales de Neuroimagen:	37
III. Evaluación Cognitiva	42
III.1. Evaluación clínica vs evaluación psicométrica	42
III.2. Evaluación del nivel de funcionamiento intelectual	42
III.3. Diagnóstico diferencial	43
III.4. Evaluación del deterioro cognitivo	43
III.5. Evaluación de alteraciones cognitivas específicas	44
III.5.1. Evaluación de las funciones ejecutivas	44
IV. Evaluación Psicosocial	46
IV.1. Evaluación de las discapacidades	46
IV.2. Valoración de las necesidades	47
IV.3. Evaluación de la calidad de vida	48
V. Factores Ambientales	50
V.1. Estrés psicosocial	50
V.2. Apoyo social	51
V.3. Carga familiar	52
VI. Tratamiento de la Esquizofrenia.	
Principios del Tratamiento y Alternativas	55
VI.1. Aspectos Generales	55
VI.2. Tratamientos farmacológicos	55
VI.2.1. Fármacos antipsicóticos	56
VI.2.1.1. Antipsicóticos clásicos	56
VI.2.1.2. Antipsicóticos atípicos	57
VI.2.1.3. Objetivos y eficacia de los fármacos antipsicóticos	58
VI.2.1.4. Efectos indeseables de los antipsicóticos clásicos	60
VI.2.1.5. Efectos indeseables de los antipsicóticos atípicos	60
VI.2.1.6. Aspectos de Implementación	60
VI.2.1.7. Manejo de los efectos secundarios	61
VI.2.1.8. Otros fármacos	62
VI.3. Terapia electroconvulsiva	62

VII. Tratamientos Psicológicos e Intervenciones Psicosociales	65
VII.1. Tratamiento Psicoterápico	65
VII.1.1. Psicoterapia individual	65
VII.1.2. Psicoterapia de grupo	66
VII.1.3. Intervenciones familiares	68
VII.1.4. Rehabilitación	69
VII.1.4.1. Tratamiento de los déficits cognitivos y síntomas residuales	69
VII.1.4.2. Entrenamiento en habilidades sociales	70
VII.1.4.3. Rehabilitación ocupacional	70
VII.2. <i>Case Management</i>	71
VII.2.3. Grupos de autoayuda	72
VII.3. Dispositivos asistenciales	72
VIII. Situaciones Clínicas Singulares que Influyen en el Tratamiento	80
VIII.1. Rasgos Psicopatológicos	80
VIII.1.1. Primer Episodio	80
VIII.1.2. Subtipos / Síntomas deficitarios	81
VIII.1.3. Implicaciones terapéuticas de los trastornos relacionados con el uso/abuso de sustancias	81
VIII.1.4. Implicaciones terapéuticas de otras situaciones clínicas concurrentes	82
VIII.1.4.1. Implicaciones terapéuticas del embarazo y la sexualidad	82
VIII.1.4.2. Implicaciones terapéuticas del riesgo de suicidio	82
VIII.1.4.3. Implicaciones terapéuticas de la conducta violenta	82
VIII.1.4.4. Síntomas depresivos	83
VIII.2. Implicaciones terapéuticas de las variables demográficas y psicosociales .	83
VIII.2.1. Implicaciones terapéuticas de los indigentes	83
VIII.2.2. Implicaciones terapéuticas de los factores culturales	84
VIII.2.3. Implicaciones terapéuticas de los estresores psicosociales	84
VIII.3. Implicaciones terapéuticas de la comorbilidad somática general	85
IX. Formulación y Aplicación de un Plan de Tratamiento	87
IX.1. Consideraciones previas	87
IX.2. Fase aguda	87
IX.2.1. Elección del dispositivo asistencial	87
IX.2.2. Manejo psiquiátrico e intervención en:	88
IX.2.2.1. Paciente	88
IX.2.2.2. Familia	88

IX.2.3.	Utilización de fármacos antipsicóticos y de otros fármacos.....	88
IX.2.4.	Utilización de TEC.....	88
IX.2.4.1.	Clasificación diagnóstica.....	88
IX.2.4.2.	Esquizofrenia.....	89
IX.3.	Fase de continuación.....	89
IX.4.	Fase de estabilización o mantenimiento.....	89
IX.4.1.	Elección del dispositivo asistencial.....	89
IX.4.2.	Manejo psiquiátrico (violencia, autolisis, contención).....	90
IX.4.3.	Utilización de fármacos antipsicóticos.....	90
IX.4.4.	Utilización de otros fármacos.....	90
IX.4.5.	Tratamientos psicológicos.....	90
IX.5.	Aspectos específicos del manejo de pacientes.....	90
IX.5.1.	Resistentes al tratamiento.....	90
IX.5.2.	Enfermedad dual.....	91
IX.5.3.	Programas de prevención de recaídas.....	91
IX.6.	Programas de prevención de conducta autolítica.....	92

I. Evaluación Clínica de la Esquizofrenia

I.1. Introducción

A pesar de sus limitaciones, la psicopatología descriptiva sigue siendo la base fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales en general y de la esquizofrenia en particular. En la esquizofrenia, al igual que en otros trastornos mentales, la entrevista clínica constituye la herramienta fundamental para la evaluación psicopatológica, siendo además la base para la aplicación de la mayoría de los instrumentos estandarizados de valoración.

La evaluación clínica tiene dos aspectos que se solapan: la valoración diagnóstica y la psicopatológica -ó estimación del estado mental actual-. Ambos tipos de evaluación se deben realizar en el marco de la historia clínica. Cada paciente debería tener una evaluación inicial que incluyera una completa anamnesis (médica y psiquiátrica), una exploración psicopatológica (examen del estado mental) y una exploración física con una evaluación neurológica.

En la esquizofrenia la realización de la historia clínica debe seguir los mismos principios generales de la historia clínica psiquiátrica (APA, 1986). Sin embargo, y como también ocurre en otros trastornos mentales, en la esquizofrenia se producen ciertas características particulares. Mientras que existen numerosas descripciones de los componentes de la historia clínica y de la exploración psiquiátrica general tanto en los textos de psiquiatría como en libros específicos, no se encuentran apenas publicaciones sobre las características específicas de la historia clínica y la exploración psicopatológica en la esquizofrenia. Éstas aparecen en los textos clásicos sobre la enfermedad (Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler, Schneider, Leonhard) y siguen siendo un modelo descriptivo de la enfermedad aun no superado. Recientemente Barcia (1997) ha recopilado importantes trabajos de autores españoles que incluyen excelentes descripciones psicopatológicas de la esquizofrenia.

La evaluación clínica de los pacientes esquizofrénicos varía en cuanto a la forma y extensión, en función de la finalidad y circunstancias en que se realiza. No es lo mismo la evaluación de un paciente que es visto por primera vez, que cuando es conocido y es evaluado en una sesión de revisión, o la evaluación de un paciente agudo que la de un paciente crónico. Tampoco es lo mismo una evaluación con fines diagnósticos que otra en la que se demanda la resolución de un problema puntual. La valoración también depende del contexto en el que se ve al paciente (hospitalario, ambulatorio, de urgencia). Por lo tanto, la entrevista y evaluación psicopatológicas en los pacientes esquizofrénicos dependerán en gran medida de su finalidad y del contexto en el que se realizan. Debido a la variedad de situaciones en las que puede realizarse la evaluación de los pacientes esquizofrénicos, los aspectos de la estimación que aquí se comentan, deberán ser necesariamente generales.

La entrevista clínica básicamente se compone de dos aspectos que en el caso de la esquizofrenia están bien diferenciados en función de las fuentes de información: la anamnesis y la evaluación del estado mental actual. En general, la evaluación clínica tiene 5 funciones básicas que se solapan y complementan entre sí: (1) diagnóstica, (2) determinar la gravedad y tipo de síntomas o de situaciones clínicas concretas, (3) establecer el tratamiento, (4) evaluar los cambios clínicos en el estado psicopatológico producidos por el tratamiento y (5) reforzar la alianza terapéutica. Tanto la anamnesis como la exploración psicopatológica son necesarias e imprescindibles en la valoración de todo paciente esquizofrénico.

I.2. La anamnesis

Las características de la anamnesis que se describen a continuación hacen referencia a principios que se pueden aplicar de manera general y que son relativamente independientes de la situación clínica y de la finalidad de la evaluación. Así mismo, se hace especial referencia a las particularidades que a menudo se observan en los pacientes esquizofrénicos.

Muy raramente se puede llevar a cabo una anamnesis completa únicamente con la información proporcionada por los pacientes esquizofrénicos. Es un hecho bien constatado que estos enfermos tienden a minusvalorar o a negar sus trastornos, por lo que es imprescindible contar con fuentes externas de información. Si el paciente aun convive con sus padres, lo más deseable es realizar la anamnesis con ellos ya que son los que pueden proporcionar la información más fiable sobre los datos premórbidos y sobre las características de la enfermedad o del episodio. Si el paciente no convive con los padres, la información sobre la historia de la enfermedad nos la pueden proporcionar las personas más allegadas (esposa, amigos...). Si el paciente ha estado en tratamiento con anterioridad, los registros médicos proporcionan una información indispensable para evaluar la historia natural de la enfermedad.

I.2.1. Historia de la enfermedad

I.2.1.1. Edad y forma de comienzo

Al establecer el comienzo de la enfermedad, es útil la diferenciación entre el inicio de los síntomas positivos y negativos. La edad de comienzo generalmente se establece atendiendo al momento en que debutaron los síntomas positivos o psicóticos. La edad de inicio del trastorno obtenida de esta manera es bastante fiable, ya que los síntomas psicóticos habitualmente provocan una ruptura en la vida del paciente que es fácilmente identificable por sus allegados. Por el contrario, la aparición de los síntomas negativos suele anteceder en meses o años a la de los positivos. Estos síntomas negativos suelen aparecer de forma insidiosa y provocan cambios muy graduales en la conducta de los pacientes, por lo que en los estadios iniciales suelen pasar desapercibidos. La identificación de la edad de inicio de dichos síntomas negativos tiene importancia ya que el comienzo insidioso se considera un factor de mal pronóstico.

I.2.1.2. Formas de evolución

Periodos de reagudización

En la evaluación del episodio se debe realizar una detallada descripción de los síntomas, de su duración, del grado de repercusión en la conducta y del patrón de aparición y remisión (p.e. agudo *vs* subagudo). Al investigar la historia de los tratamientos recibidos hay que registrar -en la medida de lo posible- patrones diferenciales de respuesta (qué tipo de síntomas responden a que tipo de tratamientos), así como sus efectos secundarios.

Por la posibilidad de prevenir las recaídas, es necesario analizar los posibles factores desencadenantes y las manifestaciones prodrómicas de los episodios. Aunque no se ha de-

mostrado ningún factor desencadenante específico de la esquizofrenia, la irrupción de la enfermedad (y de los episodios sucesivos) coincide en ocasiones con situaciones de estrés psicosocial: abandono del hogar, servicio militar, nuevo empleo, pérdida afectiva, conflictividad familiar (Malla et al, 1990). Entre los factores desencadenantes de tipo orgánico, destaca por su importancia el consumo de tóxicos. Un tercer tipo de desencadenantes del episodio es el abandono de la medicación.

La identificación de las manifestaciones prodrómicas del episodio psicótico es importante, ya que de ello depende la pronta instauración o regulación del tratamiento y la posibilidad de yugular el episodio lo antes posible. Los pacientes suelen tener manifestaciones prodrómicas que anteceden en días, semanas y en menor medida en meses, a la eclosión de la psicosis. Entre las manifestaciones prodrómicas más frecuentes se incluyen cambios sutiles en el comportamiento, irritabilidad, nerviosismo, deterioro del funcionamiento y formas atenuadas de síntomas positivos (Malla y Norman, 1994; Jackson et al, 1995). No es infrecuente que los pacientes presenten manifestaciones prodrómicas de tipo idiosincrásico que se repiten en los episodios sucesivos y que son fácilmente identificables por la familia.

Periodos de remisión

En las fases de estabilización hay que evaluar el grado de recuperación en función del nivel premórbido alcanzado. Es necesario evaluar el grado de adaptación familiar, laboral y social, así como los principales factores implicados en dicha adaptación (como pueden ser las dificultades en asumir la enfermedad, la colaboración con el tratamiento o las actitudes de rechazo por parte de los demás). En las fases de estabilización pueden aparecer síntomas que no son característicos de la esquizofrenia tales como ansiedad, desmoralización, preocupaciones específicas, y dificultades concretas para afrontar problemas. Es importante explorar estos síntomas ya que pueden tener un efecto significativo en la capacidad de adaptación de los pacientes.

Patrón evolutivo

Es necesario establecer el patrón de evolución de los síntomas, tanto en los episodios agudos como en los periodos de remisión. Hay que precisar el patrón longitudinal de evolución de la enfermedad: episódica *vs* continua, remisión completa *vs* remisión parcial, episódica con defecto estable *vs* episódica con defecto progresivo, así como aquellas de evolución idiosincrásica. Es también útil diferenciar las formas con defecto leve de las que cursan con defecto grave. Entre las primeras hay que diferenciar los defectos estables (rigidez psíquica, no modulación afectiva, aislamiento) de los progresivos en los que hay marcado embotamiento e indiferencia afectiva y persisten los síntomas de la fase productiva. Los cuadros con defecto grave se caracterizan por un marcado deterioro cognitivo, pobreza del lenguaje, conducta extravagante y un grave deterioro en la afectividad, espontaneidad e intereses.

I.2.1.3 Episodio actual

En lo que concierne al episodio actual, vale todo lo mencionado en el apartado 2.1.2. "periodos de reagudización".

I.2.2. Historia personal

En esta parte de la anamnesis se revisan las etapas de la vida del paciente, con especial atención a los momentos claves del desarrollo y principales circunstancias biográficas (adolescencia, matrimonio, trabajo...). Incluye los patrones de respuesta e interacción con respecto a los principales acontecimientos vitales.

I.2.2.1. Desarrollo psicomotor y cognitivo

Los pacientes esquizofrénicos no infrecuentemente suelen presentar trastornos en el desarrollo de la psicomotricidad, retraso en la adquisición del lenguaje o alteraciones específicas del mismo, y retraso en el control de esfínteres.

El examen de la etapa de la escolarización nos permite examinar dos importantes características que a menudo presentan los pacientes con predominio de síntomas negativos: el retraso en el aprendizaje y las dificultades en la socialización (Dworkin et al, 1993). Es importante constatar el nivel superior de educación alcanzado por el paciente ya que es un buen índice del nivel intelectual premórbido.

I.2.2.2. Personalidad previa

La información aportada por otros apartados de la historia clínica (historia personal y biografía) nos proporciona información muy valiosa sobre las características de la personalidad del paciente. No obstante, es necesaria una exploración sistemática de los rasgos alterados de la personalidad y su grado de repercusión en la conducta. Además, se deben evaluar las principales características psicológicas de los pacientes. Éstas incluyen necesidades, creencias, deseos, estilo cognitivo, patrones de adaptación y principales mecanismos psicológicos utilizados tanto en la vida cotidiana como en situaciones de estrés. Aunque con frecuencia la esquizofrenia es una enfermedad devastadora que transforma profundamente la personalidad de los pacientes, el conocimiento -tanto de los rasgos anormales de la personalidad como de las características psicológicas premórbidas- nos permite comprender mejor muchas características clínicas de la enfermedad, como por ejemplo los procesos y mecanismos de adaptación a la enfermedad así como el origen y mecanismos de producción de determinados síntomas (personalidad paranoide/delirios de perjuicio, personalidad esquizoide/síntomas negativos).

I.2.3. Historia social, familiar y laboral

Incluye la descripción de la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura de la familia y el patrón de relaciones intrafamiliares es muy importante para establecer un plan terapéutico. De especial importancia es el análisis de las relaciones familiares y sociales que son relevantes con respecto a la enfermedad. Hay que examinar tanto las situaciones que pueden actuar como factores de estrés o vulnerabilidad (por ejemplo una alta expresividad emocional en la familia) como de protección (una estructura familiar estable).

La historia laboral incluye el máximo nivel laboral alcanzado, el funcionamiento en el empleo y las relaciones significativas en el trabajo. Ya que la mayoría de los pacientes presentan un deterioro de su *estatus* laboral, es importante conocer las dificultades específicas que han motivado dicho deterioro de cara a una posible rehabilitación vocacional.

I.2.4. Historia médica general

La historia médica debe de comenzar con los antecedentes obstétricos y perinatales. Existe una notable evidencia de que los pacientes esquizofrénicos han sufrido más complicaciones obstétricas y perinatales que la población general, e incluso que pacientes con otras enfermedades mentales. En estas complicaciones se incluyen una amplia variedad de trastornos que aparecen en el transcurso del embarazo, parto y periodo neonatal (McNeil, 1995).

Se deben incluir en la historia los posibles antecedentes de consumo de drogas (tanto ilegales como legales) y de los trastornos médicos asociados a dicho consumo. Es importante constatar si la ingesta de tóxicos comenzó antes de la enfermedad, los patrones de relación entre el consumo de tóxicos y los síntomas, así como los motivos del consumo (como pueden ser por reducir la ansiedad, por necesidad de estimulación, para elevar el ánimo, etc.).

La investigación de la presencia de determinadas patologías somáticas es importante de cara al tratamiento farmacológico, como antecedentes de alergias a medicamentos, enfermedad cardio-vascular, hepática o renal que pueda interferir en el metabolismo de la medicación, y crisis comiciales. Una historia de antecedentes neurológicos en el paciente y en su familia puede ser de ayuda para el diagnóstico diferencial.

I.2.5. Antecedentes familiares

La historia clínica familiar abarca la información disponible de enfermedades médicas y psiquiátricas en los familiares del paciente, incluyendo los trastornos que puedan ser de carácter genético o influir de forma significativa en el entorno del paciente. Se debe realizar un árbol genealógico de la familia. Han de incluirse de forma más específica y precisa los antecedentes de psicosis y sus características clínicas (tipo de síntomas, respuesta al tratamiento, evolución). Más concretamente, se debe poner énfasis en la identificación de trastornos esquizofrénicos y su espectro (trastorno esquizotípico, esquizoafectivo, del humor con síntomas psicóticos, psicosis cicloides y psicosis atípicas). Aunque no existe una clara tendencia a la homotipia en la transmisión de subtipos de la esquizofrenia (Kendler et al, 1994), en caso de existencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, la precisa identificación del tipo de psicosis en la familia puede ser de ayuda tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del paciente.

I.3. Examen del estado mental actual. Exploración psicopatológica

I.3.1. Características generales

La evaluación psicopatológica consiste en una descripción lo más objetiva posible de las vivencias y de la conducta anómala de los pacientes, es decir de los síntomas. Se debe realizar una exploración psicopatológica completa que no se limite a la simple recogida de criterios.

Así como en la realización de la historia clínica, la información aportada por los familiares u otras personas allegadas es la más fiable. En la evaluación del estado mental actual la información obtenida a través de la entrevista directa con el paciente es la fuente principal de información (Dixon y King, 1995). No obstante, raramente la información que proporciona un paciente esquizofrénico es lo suficientemente fiable como para hacernos una idea exacta de su estado psicopatológico. Por lo tanto, es siempre deseable complementar la exploración psicopatológica individual con las confidencias proporcionadas por la familia, amigos u otro tipo de allegados. En el caso de pacientes ingresados, la información que proporcionan las enfermeras y cuidadores es muy importante para evaluar los trastornos psicopatológicos y el funcionamiento cotidiano del paciente en diversas áreas, como pueden ser las relaciones interpersonales, la agresividad, el autocuidado, etc. Es un hecho bien constatado, que en el marco de una entrevista clínica, muchos pacientes no verbalizan sus síntomas psicóticos, y sin embargo sí lo hacen a sus allegados, a las enfermeras, e incluso a otros pacientes.

Con frecuencia, cuando un paciente no es previamente conocido por el médico, una sola entrevista no es suficiente para establecer el estado psicopatológico de una forma fiable. Por lo tanto, es en ocasiones deseable la realización de más de una entrevista, especialmente cuando el paciente se muestra poco colaborador.

La frecuencia de las evaluaciones clínicas dependerá del estado del paciente y de la fase de la enfermedad en que se encuentre. Durante el episodio agudo y en el contexto de una «unidad de agudos», los pacientes deberán ser vistos diariamente o incluso más de una vez al día. Durante el periodo de estabilización, las visitas se pueden espaciar un mes (si el paciente está tomando *neurolepticos* *depoñ*), y si no hay razones clínicas que justifiquen las visitas se pueden espaciar durante periodos más largos de tiempo (APA, 1997).

I.3.2. Técnica de la entrevista

No existen técnicas de entrevista específicas para los pacientes esquizofrénicos. La manera en que se conduce la entrevista (técnica y estructura) variará en función del medio en el que se realiza, el propósito de la evaluación y el estado clínico del paciente. Como norma general, la estrategia de la entrevista deberá ser lo más flexible posible y estará en función directa del tipo y gravedad de los síntomas, así como del grado de colaboración del paciente.

Una técnica de entrevista que sigue los patrones recomendados para la mayoría de los trastornos mentales (Othmer y Othmer, 1996a) y que se integra perfectamente en una entrevista clínica normalizada, es la que sirve de base para la PANSS (Kay et al, 1987). Ésta es flexible y progresa de menos a más en cuanto a su grado de estructuración. Puede ser aplicada en la mayoría de las situaciones clínicas, aunque es especialmente útil cuando se valora a un paciente por primera vez. Consta de cuatro fases. Se debe comenzar realizando preguntas abiertas con el objetivo de establecer un contacto adecuado y permitir que el paciente hable de sus temas de interés, procurando dirigir progresivamente la entrevista hacia las áreas de conflicto. En la segunda fase se exploran detenidamente los indicios de los trastornos que nos ha aportado el paciente o de los que tengamos noticias por otra fuente de información. Por ejemplo, si el paciente tiene una conducta de suspicacia, habrá que investigar de la forma más precisa posible las razones de dicha conducta (alucinaciones, delirios). La tercera fase es la más estructurada

y en ella se investiga específicamente la presencia de síntomas explorados en la fase anterior. En la última fase se intentan aclarar las dudas que hayan surgido sobre la presencia de ciertos síntomas, y si se estima oportuno se confronta al paciente con sus trastornos al objeto de evaluar su criterio de realidad y conciencia de enfermedad.

I.3.3. Dificultades para la exploración psicopatológica

Hay tres circunstancias en las que el examen psicopatológico es especialmente difícil: (1) la falta de conciencia de enfermedad, (2) la actitud suspicaz y de desconfianza, y (3) la presencia de determinados síntomas que impiden la exploración de los contenidos del pensamiento.

Ante un paciente que no tiene conciencia de enfermedad o que se muestra suspicaz es esencial intentar ganarnos su confianza. No hay que abordar directamente los síntomas psicóticos y menos aun intentar rebatirlos. Se debe de comenzar a hablar de temas que interesen al paciente o de circunstancias de la vida del paciente con un valor afectivo neutro. Esto nos obliga a adoptar distintas estrategias de entrevista, tales como la exploración "en espiral" por medio de la que intentaremos una valoración tangencial pero progresiva de los síntomas psicóticos. Cuando a pesar de dicha estrategia el paciente sigue sin verbalizar los síntomas psicóticos, puede ser de utilidad la confrontación del paciente con la conducta que nos hace sospechar su presencia, y la exploración mediante preguntas directas (como. ¿que le dicen las voces?) (Othmer y Othmer, 1996a).

La presencia de trastornos formales del pensamiento (marcada desorganización conceptual) o de síntomas catatónicos (p.e. mutismo o negativismo) dificulta o impide la evaluación de posibles contenidos anómalos del pensamiento tales como alucinaciones o delirios. En algunos pacientes los delirios o alucinaciones pueden ser tan intensos que dominan totalmente los contenidos de la conciencia, haciendo difícil la exploración de otros contenidos del pensamiento. En estas circunstancias, la evaluación de los contenidos del pensamiento se puede realizar de forma retrospectiva una vez que hayan remitido los trastornos que impedían el abordaje del estado subjetivo de los pacientes.

I.3.4. Evaluación de síntomas específicos

Habitualmente existe una tendencia a explorar únicamente aquellos síntomas que son relativamente característicos de la esquizofrenia, como por ejemplo los incluidos en los criterios diagnósticos. Sin embargo, los pacientes esquizofrénicos pueden presentar virtualmente todo tipo de síntomas psiquiátricos. Por lo tanto, la exploración psicopatológica debe abarcar todo el espectro de la psicopatología y en este sentido no se diferencia de una exploración psicopatológica general.

Cuando la exploración psicopatológica tenga una finalidad diagnóstica, la valoración de los síntomas específicos deberá adaptarse a los criterios diagnósticos empleados para hacer el diagnóstico.

Es importante tener en cuenta que no todos los síntomas se exploran de la misma manera. Así, hay síntomas que se exploran mediante la observación, otros se manifiestan durante la conversación, otros precisan de una exploración activa y por último, hay síntomas que no se pueden

explorar en el marco de una entrevista clínica con el paciente y para su evaluación es necesaria la información proporcionada por un observador externo. En la Tabla 1 se muestran los principales síntomas y el método de exploración. Teniendo en cuenta las fuentes de evaluación de los diferentes tipos de síntomas se puede reducir considerablemente la variación de la información obtenida entre distintos evaluadores.

Síntoma	Método de evaluación predominante			
	Observación	Conversación	Exploración Activa	Información Externa
Conciencia	+			
Apariencia	+			
Colaboración	+			+
Atención y Concentración		+	+	
Orientación		+	+	
Memoria		+	+	
Percepción			+	
Afectividad (contenidos)		+	+	
Afectividad (expresión)	+			
Estado de ánimo	+	+	+	
Nivel de energía y actividad	+	+	+	+
Contenidos del pensamiento		+	+	
Lenguaje y pensamiento		+		
Capacidad de juicio		+	+	
Capacidad ejecutiva			+	+
Capacidad relacional		+	+	+
Comportamiento psicomotor	+		+	
Trastornos de conducta	+			+
Control de los impulsos			+	+
Conciencia de enfermedad			+	

Tabla 1. Evaluación psicopatológica: síntomas y métodos de la evaluación

Como norma general, la evaluación de los diferentes tipos de síntomas se debe realizar atendiendo a las evidencias positivas y directas de su presencia y no según suposiciones o conjeturas. Así por ejemplo, de una expresión absorta del paciente no se puede deducir de forma inequívoca que tenga alucinaciones o delirios, sino que hay que disponer de evidencias concretas para aseverar su presencia.

Alucinaciones

La evaluación de las alucinaciones no debe iniciarse con preguntas directas, ya que al principio, el paciente puede negar su presencia. Es útil comenzar con preguntas abiertas y genéricas como pueden ser ¿a veces tiene ruidos o murmullos en los oídos?, ¿tiene una sensibilidad especial para el oído?, ¿nota olores extraños, ¿tiene sensaciones extrañas en el cuerpo?. Si el paciente da indicios de trastornos de la percepción hay que pedirle que explique más detenidamente sus experiencias, hasta poder identificar claramente las alucinaciones. Siem-

pre hay que cerciorarse de que los presuntos trastornos de la percepción no tienen una base real. Un problema psicopatológico no resuelto lo constituyen las alucinaciones cenestésicas ya que muy frecuentemente no es fácil diferenciarlas de las sensaciones corporales normales, de unas sensaciones anormales reales (disfunción somática), y de las sensaciones corporales propias de los trastornos somatomorfos.

Tradicionalmente se suele poner énfasis en la modalidad sensorial de las alucinaciones y en el caso de las alucinaciones auditivas en su contenido. Sin embargo, existen otros aspectos que tienen mucha importancia clínica (por ejemplo para prever la posibilidad de 'paso a la acción') tales como la conciencia de realidad, la repercusión vivencial y conductual, los mecanismos de defensa ante las mismas y su relación con los delirios.

Delirios

Al igual que en el caso de las alucinaciones, los delirios (especialmente los paranoides) no deben ser investigados de forma directa. Se debe comenzar con preguntas abiertas sobre los principales contenidos delirantes, y en función de la colaboración del paciente, ir progresando a preguntas más cerradas y específicas. En algunas ocasiones los enfermos no quieren hablar abiertamente de sus delirios. Los intentos de abordaje y sobre todo la confrontación pueden aumentar la angustia del paciente y su desconfianza hacia el entrevistador. En estas circunstancias conviene posponer la investigación de los delirios para cuando el paciente esté menos receloso o el estado clínico haya mejorado.

Los delirios habitualmente se clasifican (y se exploran) por su contenido. Esto es importante, ya que no tiene las mismas implicaciones clínicas un delirio de perjuicio que otro de tipo hipocondríaco. Sin embargo, también es importante la consideración de otras características de las experiencias delirantes tales como el grado de extensión en la vida del paciente - repercusión en la conducta-, el carácter extraño, el grado de sistematización y el de implicación afectiva (Kendler et al. 1983).

Síntomas de Primer Rango (SPR)

Los síntomas de primer rango tienen un importante valor diagnóstico en la esquizofrenia, tal y como se refleja por su destacado peso específico en los criterios diagnósticos (CIE 10 y DSM-IV). Por ello es muy importante explorarlos de forma adecuada. Schneider (1975) describió los SPR de un modo discursivo, más que descriptivo. De ahí que, no es de extrañar la falta de acuerdo sobre el número de SPR, así como la modesta fiabilidad interobservador que presentan, especialmente aquellos que reflejan una "pérdida de los límites del Yo" (Spitzer et al, 1993). Una cosa sí dejó clara Schneider: "tan solo se pueden considerar válidos los datos absolutamente claros y unívocos". Ésto significa que dicho tipo de síntomas deben ser claramente verbalizados por los pacientes, debiendo cuidarse mucho el evaluador de no sugerirlos.

Otro problema es que los límites de los SPR no siempre están bien definidos y puede haber formas transicionales. Koehler (1979) ha elaborado criterios para una definición amplia vs. restrictiva de estos síntomas, que es clínicamente muy útil. Cuando se exploran estos síntomas con fines diagnósticos, probablemente es más apropiada una definición conservadora

(restrictiva) al objeto de evitar falsos diagnósticos positivos de esquizofrenia (O'Grady, 1990). Una excelente aproximación a la problemática de la evaluación de los SPR ha sido realizada por Mellor (1991). De forma esquemática, los principales problemas de la evaluación de los SPR según este autor, son los siguientes:

1. Dificultades del paciente

- A. Escasa cooperación
 - a. por interferencia de otros síntomas que hacen difícil la relación entre paciente y entrevistador
 - b. preocupación por explicaciones delirantes que desvían la atención del paciente de las experiencias primarias
- B. Dificultad en la actualización de los contenidos de conciencia (por ejemplo, escasa capacidad de introspección)
- C. Dificultad en verbalizar los contenidos de conciencia (por ejemplo, desorganización conceptual)

2. Dificultades del entrevistador

- A. Empleo inadecuado del método fenomenológico
 - B. Ausencia de criterios definidos para la identificación de los síntomas
-

Desorganización del pensamiento

Este grupo de trastornos se evalúan mediante la observación de la conducta verbal a lo largo de la entrevista. Es necesario dejar hablar al paciente sin interrupciones durante varios minutos, ya que las preguntas sucesivas pueden interrumpir el flujo patológico del pensamiento. Los trastornos más frecuentes son la incoherencia, el pensamiento ilógico, el descarrilamiento, la tangencialidad y la pérdida de la meta. En su conjunto, estos trastornos también se conocen como desorganización conceptual. La desorganización del pensamiento tiende a darse conjuntamente con la desorganización de la conducta y la disociación entre los procesos afectivos y expresivos (afectividad incongruente).

Síntomas negativos

Este tipo de síntomas reflejan una pérdida de función que está normalmente presente. Se exploran mediante la observación de la conducta. La pérdida funcional puede afectar a diferentes ámbitos: a la expresividad afectiva (embotamiento afectivo), al pensamiento (pobreza de lenguaje, pobreza de contenido del pensamiento, aumento de la latencia de respuesta), al nivel de energía y actividad (apatía) y a la capacidad para relacionarse (disminución de las relaciones sociales).

En la esquizofrenia, la distinción entre los síntomas negativos por un lado y la depresión y aquinesia/parkinsonismo secundaria a los neurolépticos por otro, no siempre es fácil y puede representar un problema de diagnóstico diferencial importante. Ello es debido a que

los tres grupos de trastornos comparten manifestaciones fenomenológicas similares: el síndrome de pobreza psicomotora (hipoquinesia, apatía, disminución de la expresividad afectiva). Incluso, existe una notable evidencia de que este síndrome puede tener un mecanismo fisiopatológico común en los tres procesos -esquizofrenia, depresión y Parkinson- (Bermanzohn y Siris, 1992). La diferenciación fenomenológica entre los tres síndromes ha de hacerse en función del curso del síndrome de pobreza psicomotora, de su relación temporal con la administración de neurolépticos, de la presencia de síntomas cognitivos de la depresión, y de la respuesta diferencial al tratamiento. Aun así, muchas veces la delimitación de los distintos componentes del síndrome de pobreza psicomotora de la esquizofrenia no es posible.

Síntomas catatónicos

Es un hecho bien establecido que la forma catatónica de la esquizofrenia ha disminuido en su prevalencia; sin embargo, la presencia de los síntomas catatónicos sigue siendo relativamente importante. Ello presumiblemente es debido a que este tipo de síntomas ha disminuido en intensidad, lo que probablemente ha conducido a que se confundan con los síntomas negativos (Kanofsky et al, 1987) y con los efectos extrapiramidales de los neurolépticos (Marsden, 1982). Existe una notable evidencia de la existencia de síntomas "extrapiramidales" en pacientes esquizofrénicos que nunca han tomado neurolépticos (Caligiuri et al, 1993) y que con toda probabilidad se corresponden con síntomas catatónicos mitigados.

Mientras que algunos síntomas catatónicos son evidentes por la simple inspección (estupor, posturas, manierismo, ecopraxia) o conversación (mutismo, ecolalia, palilalia), otros deben explorarse activamente (rigidez, flexibilidad cérea, negativismo/oposicionismo, obediencia automática, imantación). La exploración activa de los síntomas catatónicos debe realizarse especialmente cuando estamos ante un paciente con marcados síntomas negativos o "extrapiramidales".

Conciencia de enfermedad

La falta de conciencia de enfermedad es uno de los síntomas más prevalentes de la esquizofrenia. Debe ser explorada de forma sistemática y activa, ya que tiene una gran importancia práctica por su influencia en la colaboración con los tratamientos y en la evolución de la enfermedad. Actualmente existe un consenso de que en la falta de conciencia de enfermedad existen tres componentes que se solapan: la falta de conciencia de enfermedad propiamente dicha, la falta de conciencia de síntomas individuales, y el rechazo del tratamiento (Davis, 1992). Es conveniente explorar la conciencia de realidad que tiene el paciente de los principales síntomas de la enfermedad, así como la capacidad de integrar las diferentes manifestaciones del trastorno en un concepto más o menos preciso de enfermedad. La colaboración con el tratamiento se explora evaluando la necesidad percibida de recibir tratamiento, la conciencia sobre los efectos beneficiosos del mismo, así como el grado de colaboración con el tratamiento.

Síntomas extrapiramidales

Es conveniente explorar este tipo de síntomas ya que la mayoría de los paciente vistos en consulta están en tratamiento con neurolépticos. Ya se ha mencionado la importancia de distinguir los síntomas parkinsonianos de los negativos y catatónicos. La acatisia es otro efecto secundario de los neurolépticos que a veces es difícil de distinguir de la angustia e inquietud psicomotriz primarias y que hay que explorar regularmente. Aunque mucho menos frecuente que el parkinsonismo y la acatisia, la presencia de disquinesias, especialmente las de tipo tardío debe ser tomada en cuenta. Éstas son a veces difíciles de evaluar, especialmente en personas mayores.

Para la exploración de los efectos extrapiramidales de los neurolépticos es muy útil el empleo de escalas ya que nos permiten cuantificar los trastornos y medir el cambio de los mismos en función del tipo y de la dosis del tratamiento (Barnes y Kane, 1994). Las escalas estándar para evaluar el parkinsonismo, acatisia y discinesia tardía, son respectivamente la escala de Symptom-Angus, la escala de Barnes y la escala AIMS.

Otros síntomas

La descripción de los síntomas de la esquizofrenia no se agota con los anteriormente expuestos. Muy al contrario, en la esquizofrenia se han descrito más de un centenar de síntomas individuales (Leonhard, 1986). Entre estos síntomas destacan algunos que tradicionalmente han sido considerados muy importantes por una u otra razón, tales como el sentimiento precoz, la percepción delirante, los delirios primarios, la despersonalización/desrealización, el autismo, y la ambivalencia. La evaluación de estos síntomas ha caído en el olvido probablemente debido a la creencia (mantenida por cierta orientación psicopatológica) de que su evaluación es poco fiable. Sin embargo, no hay evidencia de que esto sea así, tal y como se ha demostrado en el caso de la ambivalencia (Raulin y Brenner, 1993).

I.4. Evaluación de situaciones clínicas especiales: riesgo de suicidio y violencia

Debido a las consecuencias potenciales del suicidio y la violencia, la valoración de ambas situaciones debe formar parte de la evaluación clínica rutinaria. Ni el riesgo de suicidio, ni el de violencia están en función exclusiva de factores aislados; siendo una suma de los factores que se producen juntos la que nos dará una idea de la probabilidad aproximada de que se produzcan estas conductas.

Suicidio

Los pacientes esquizofrénicos a menudo presentan conductas autolíticas a lo largo de su evolución. Una tercera parte presenta intentos autolíticos (Allebeck et al, 1987) y un 10% llegan a suicidarse (Tsuang, 1978), siendo esta la causa de muerte prematura más frecuente en los pacientes esquizofrénicos. Los factores de riesgo que se han descrito son: sexo masculino, edad menor de 30 años, el desempleo, el curso crónico con exacerbaciones, el consumo de drogas, el alta recién-

te, antecedentes de intentos autolíticos y presencia de síntomas depresivos (Allebeck et al, 1987; Roy, 1982), el subtipo paranoide y el nivel educativo alto (Fenton y McGlashan, 1991).

Aunque la conducta suicida está multideterminada la presencia de un estado depresivo es probablemente el factor determinante más importante, ya que entre un 35% y un 79% de los pacientes esquizofrénicos que realizan un intento de suicidio tienen síntomas depresivos asociados (Roy, 1996). Por otra parte, la prevalencia de los síntomas depresivos en la esquizofrenia oscila entre un 19% y un 81% dependiendo del método empleado para su valoración y de la fase de la enfermedad considerada. Estos datos sugieren claramente que la depresión es una parte integral de la enfermedad esquizofrénica (Leff, 1990; Kay y Sing, 1990). No se ha comprobado que las escalas de evaluación del riesgo de suicidio sean de utilidad en la esquizofrenia.

Violencia

La conducta violenta parece ser relativamente poco frecuente en la esquizofrenia, aunque no hay datos fiables sobre su prevalencia real. No obstante debido a las potenciales consecuencias de esta conducta, es muy importante la valoración del riesgo de aparición para su adecuada prevención y tratamiento. La probabilidad de presentación de una conducta violenta depende de un balance entre los factores propios del paciente -determinados en gran medida por las características de la enfermedad- y del ambiente. Aunque los más importantes son los factores del paciente, los ambientales no deben de ser soslayados. Los factores de riesgo que se han descrito en los pacientes esquizofrénicos incluyen: el sexo masculino, el ser joven, el bajo nivel socio-económico, el consumo de tóxicos, los antecedentes de conducta violenta, la reagudización reciente con presencia de delirios y alucinaciones, presencia de alteraciones de la afectividad (disforia, angustia, miedo) y la agresividad verbalmente manifiesta o latente (Taylor, 1995; Junginger, 1996).

Aunque no hay estudios sobre el riesgo relativo de cada uno de estos factores, el más importante es probablemente la presencia de un estado psicótico. Especialmente relevante es la presencia de delirios, siendo los de tipo paranoide, especialmente si están sistematizados, los más relacionados con el riesgo de violencia. Dentro de las alucinaciones, son las auditivas de tipo imperativo las que más se han asociado con violencia; sin embargo, a este respecto la importancia de las alucinaciones es mucho menor que la de los delirios paranoides.

Existen varias escalas para la evaluación específica de la conducta agresiva que pueden ser útiles para el diagnóstico y prevención de violencia en pacientes esquizofrénicos (Yudofsky et al, 1986; Palmstierna y Wistedt, 1987). La escala PANSS (Kay, 1986) contiene una subescala -no incluida en la versión española- para la evaluación del riesgo potencial de violencia.

I.5. Evaluación psicopatológica mediante instrumentos estandarizados

A diferencia de la evaluación clínica, la evaluación del diagnóstico o de la psicopatología mediante instrumentos estandarizados no es imprescindible. Mientras que en determinadas situaciones clínicas la evaluación estandarizada puede ser conveniente y de alguna utilidad, como norma general este tipo de evaluación es accesorio. En ningún caso debe sustituir a la exploración clínica, sino que por el contrario la complementa.

I.5.1. Evaluación diagnóstica mediante entrevistas estructuradas

El diagnóstico de esquizofrenia mediante entrevistas estructuradas tiene una limitada aplicación en la práctica clínica debido al tiempo que requieren para su administración. Además, muchas veces son incompatibles con situaciones clínicas reales que requieren una gran flexibilidad en el abordaje exploratorio. Estas entrevistas tienen en la investigación su ámbito de aplicación. No obstante, son una herramienta de aprendizaje sobre como explorar los síntomas, y pueden ser utilizadas como apoyo diagnóstico y algunas de ellas como evaluación psicopatológica. Su principal ventaja es que reducen la "varianza de información" diagnóstica, ya que uniforman tanto las fuentes de información como el tipo y número de síntomas evaluados (Rubinson y Asnis, 1991).

Las entrevistas estructuradas para el diagnóstico se pueden clasificar en generales, de psicosis y de esquizofrenia. Entre las entrevistas generales destacan el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS, Robins et al, 1981), el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, Robins et al, 1988), el *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID, Spitzer et al, 1992) y el *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN, Wing et al, 1990). El DIS y el CIDI tienen su ámbito de aplicación en estudios epidemiológicos en población general. El CIDI es una combinación del DIS y del PSE, siendo la entrevista diagnóstica más ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos. El DIS no parece ser muy adecuado para su empleo como herramienta diagnóstica debido a su baja concordancia con el diagnóstico clínico de esquizofrenia (Wittchen et al, 1985).

EL SCID y el SCAN están diseñados para ser utilizados en muestras clínicas. Ambas entrevistas tienen una construcción modular, por lo que pueden ser aplicados selectivamente para la evaluación clínica y diagnóstica de la esquizofrenia.

Las entrevistas de psicosis incluyen el *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS, Endicott y Spitzer, 1978) y el *Comprehensive Assessment of Symptoms and History* (CASH; Andreasen, 1987) que incluyen la evaluación y diagnóstico del espectro de los trastornos esquizofrénicos y del humor. El SADS está principalmente orientado al diagnóstico mediante criterios RDC, y el CASH a criterios DSM-III-R, sin embargo, dado el elevado número de síntomas que evalúan, ambos instrumentos se pueden adaptar a otros criterios diagnósticos tales como el DSM-IV y la CIE 10. Ambos, además de su aplicación diagnóstica, también son apropiados para evaluaciones psicopatológicas, especialmente el CASH. Esta entrevista incluye las escalas para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS) y negativos (SANS), síntomas depresivos, maníacos, catatónicos y cognitivos.

I.5.2. Evaluación polidiagnóstica

Una aproximación interesante al diagnóstico de esquizofrenia y sus trastornos relacionados es la polidiagnóstica. Básicamente consiste en diagnosticar a un paciente mediante varios sistemas diagnósticos que se corresponden con definiciones alternativas de la enfermedad (Berner et al, 1982). Esta metodología es especialmente relevante en el campo de la esquizofrenia, ya que desconocemos los límites precisos de la enfermedad en relación con otros trastornos, así como el verdadero valor diagnóstico de sus síntomas. Por otra parte, los criterios diagnósticos operativos realizados por consenso (CIE

10, y DSM-IV) no dejan de ser arbitrarios en lo que respecta a la delimitación de la esquizofrenia, como lo refleja el hecho de ser muy diferentes entre sí (Mason et al, 1997). Al objeto de evitar este problema, se han desarrollado dos grupos de instrumentos de evaluación polidiagnóstica que se componen de un listado de síntomas de los que se extraen varios criterios diagnósticos. El primer grupo de instrumentos están dirigidos específicamente a la esquizofrenia, y el segundo grupo a las psicosis funcionales en general.

Los instrumentos polidiagnósticos específicos de la esquizofrenia son el *Manual for the Assessment of Schizophrenia* (MAS; Landmark, 1982) que contiene 12 sistemas diagnósticos de esquizofrenia, y el *Liste d'Items à visée Diagnostique et Evolutive* (LIDE; Dollfus et al, 1994) que incluye 14 sistemas diagnósticos. Una versión ampliada del MAS que incluye 21 criterios diagnósticos de esquizofrenia ha sido desarrollada en nuestro país (Peralta y Cuesta, 1992).

El segundo grupo de instrumentos aplica la aproximación polidiagnóstica a todo el espectro de psicosis funcionales. Incluye el *Poly Diagnostic evaluation of affective and schizophrenic disorders* (PODI, Philipp y Maier, 1986), el sistema OPCRIT (McGuffin et al, 1991) y el *Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis* (RPMIP, McGorry et al, 1990). Este último instrumento es el más completo incluyendo 29 definiciones de psicosis abarcando la práctica totalidad de definiciones, tanto históricas como operativas recientes de las psicosis funcionales. Estos instrumentos polidiagnósticos han sido escasamente empleados, y el que ha alcanzado una aplicación relativamente mayor ha sido el OPCRIT.

I.6. Evaluación psicométrica

I.6.1. Evaluación clínica vs evaluación psicométrica

El objetivo fundamental de la evaluación psicométrica no es tanto el diagnóstico, sino la cuantificación psicopatológica. El empleo de instrumentos estandarizados de evaluación no sustituye a la exploración psicopatológica clínica, sino que por el contrario la complementa. Si bien el empleo de escalas de evaluación no es indispensable desde el punto de vista clínico, en determinadas situaciones clínicas su empleo puede ser de utilidad y proporciona un tipo de información que otros clínicos pueden seguir fácilmente (APA, 1997). Las escalas de evaluación son un instrumento útil para transmitir la información clínica y pueden servir como un lenguaje clínico común.

Los principales objetivos de la cuantificación de síntomas son, 1) evaluar la intensidad de los síntomas, 2) ayudar en la administración de tratamientos específicos/ diferenciales, 3) controlar el grado de respuesta al tratamiento, 4) evaluar con más detalle y precisión cierto tipo de síntomas, 5) ayudar en la clarificación del diagnóstico, y 6) monitorizar la evolución natural de la enfermedad. (Sweeney et al, 1991; Barnes y Nelson, 1994).

Existe una gran variedad de escalas que se han empleado en la esquizofrenia, como pueden ser las que hacen mención a la psicopatología general, o aquellas que siguen a listas de síntomas específicos. El empleo de una escala determinada dependerá de los objetivos clíni-

cos relevantes. Las que se describen más adelante han sido elegidas en función de alguno de los siguientes criterios: traducción y eventual validación al castellano, importancia científica y frecuencia de empleo.

I.6.2. Escalas de psicopatología general

Este tipo de escalas se corresponde con instrumentos de evaluación psicopatológica general, que por supuesto, incluye síntomas esquizofrénicos. La más empleada en nuestro medio es la CPRS (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; Asberg et al, 1978) y el AMDP (*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*, 1978). Existen otras escalas de psicopatología general pero apenas se han aplicado en pacientes esquizofrénicos (p.e. el SCL-90). Una excepción es la NOSIE (*Nurses's Observation Scale for Inpatient Evaluation*; Shatin y Freed, 1955). Esta escala está diseñada para la evaluación por parte del personal que está en contacto con los pacientes. Se ha empleado con relativa frecuencia en Estados Unidos para la evaluación de pacientes esquizofrénicos, incluso en estudios farmacológicos. Cuando el personal evaluador ha sido entrenado, la escala ha mostrado una buena fiabilidad interobservador.

CPRS

La escala CPRS consta de 67 ítems generales. Presenta una adecuada fiabilidad interobservador, aun para profesionales poco entrenados. Los análisis factoriales han mostrado que se puede extraer una escala de esquizofrenia que es sensible al cambio (Montgomery et al, 1978). El empleo de esta escala ha estado muy restringido a determinados países europeos, y actualmente está en desuso.

AMDP

El sistema AMDP fue desarrollado en países germanoparlantes, existiendo traducciones a varios idiomas, entre ellos el español (Lopez-Ibor, 1980). Consta de 5 ejes: datos demográficos, eventos vitales, anamnesis psiquiátrica, síntomas psicopatológicos (100 ítems) y síntomas somáticos. No se han publicado algoritmos diagnósticos, y su empleo más difundido ha sido como instrumento de exploración psicopatológica general. Aunque es una escala de exploración psicopatológica general, fue pensada para la evaluación de trastornos psicóticos como se evidencia por el hecho de que los síntomas psicóticos están sobrerrepresentados. Esto la hace muy apropiada para la evaluación de los trastornos psicóticos. Es una escala más amplia que el CPRS, y en general ha demostrado superiores propiedades psicométricas (Luckner et al, 1985). Se han descrito varias subescalas o síndromes de la esquizofrenia -hostilidad, paranoide/alucinatorio y catatónico- (Bobon et al, 1983). El AMDP ha sido bastante utilizado en Europa, incluyendo España, en los años ochenta, pero actualmente ha caído en un relativo desuso. Recientemente ha aparecido una nueva versión con una definición más precisa del anclaje de los ítems (AMDP, 1995).

I.6.3. Escalas de psicosis

Se han descrito en el apartado de entrevistas diagnósticas. Son las escalas correspondientes al SADS y CASH.

I.6.4. Escalas de esquizofrenia

Existen 4 escalas que se han desarrollado específicamente para la evaluación psicopatológica de la esquizofrenia: la *Brief Psychiatric Rating Scale* -BPRS- (Overall y Gorham, 1963), la escala de Manchester o de Krawiecka (1977), *the Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms* -SAPS, SANS- Andreasen (1984a y 1984b) y la *Positive And Negative Syndrome Scale* -PANSS- (Kay et al, 1987a). En la Tabla 2 se muestra de una forma comparativa la composición sintomática de estas cuatro escalas.

	SAPS/SANS	PANSS	Krawiecka	BPRS
Delirios	x	x	x	x
Alucinaciones	x	x	x	x
Trast. formales pensamiento	x	x	x	x
Conducta extraña	x	p	-	p
Excitación	p	x	-	x
Grandiosidad	p	x	-	x
Suspicacia	p	x	-	x
Hostilidad	p	x	-	x
Embotamiento afectivo	x	x	x	x
Alogia	x	x	x	x
Abulia-apatía	x	p	-	-
Anhedonia-insociabilidad	x	p	-	-
Retraimiento emocional	p	x	-	x
Contacto pobre	p	x	-	-
Dif. pensamiento abstracto	-	x	-	-
Pensamiento estereotipado	p	x	-	-
Afectividad inapropiada	x	p	p	p
Depresión	-	x	p	p
Retardo motor	-	x	-	x
Ansiedad	-	x	x	x
Síntomas catatónicos	-	x	-	-
Conciencia de enfermedad	-	x	-	-
Desorientación	-	x	-	x
Atención	x	x	-	-

- no evaluado, x = evaluado, p = evaluado parcialmente

Tabla 2. Composición sintomatológica de las principales escalas de evaluación de la esquizofrenia

BPRS

La versión original incluye 16 ítems, pero existen varias y sucesivas modificaciones al objeto de mejorar la definición de los síntomas y la fiabilidad interobservador (Woerner et al, 1988). Los síntomas de esta escala abarcan un amplio espectro de psicopatología, si bien muchos síntomas importantes están definidos por un solo ítem, por ejemplo, los delirios y los trastornos formales del pensamiento. Es de fácil aplicación y se basa en la entrevista clínica. Su ámbito de utilidad fundamental ha sido en psicofarmacología; en mucha menor medida ha sido empleada como instrumento de evaluación clínica. Esta escala se compone de 4 factores dimensionales: psicosis, negativo, suspicacia/hostilidad y depresión-ansiedad.

Escala de Manchester

Es la más sencilla de todas las escalas de evaluación de los síntomas esquizofrénicos, ya que se compone de 8 ó 9 ítems, dependiendo de si la afectividad incongruente se diferencia o no de la afectividad aplanada. Se ha empleado sobre todo en Gran Bretaña, tanto en estudios de respuesta al tratamiento como en la evaluación clínica de pacientes esquizofrénicos crónicos. Existe traducción y validación al español (Pérez Fuster 1989a, 1989b). Además de síntomas 'esquizofrénicos' incluye dos ítems para evaluar depresión y ansiedad. El rango de puntuación es de 0 (ausente) a 4 (grave). La escala tiene, en general, adecuadas propiedades psicométricas y es fácil de aplicar pero tiene el importante inconveniente del escaso número de síntomas evaluados. La composición factorial de la escala no está bien definida, aunque se han descrito tres factores similares a los encontrados en las escalas SAPS/SANS (ver posteriormente).

SAPS y SANS

Estas escalas fueron desarrolladas por Andreasen con dos objetivos: (1) como instrumentos descriptivos de los principales síntomas esquizofrénicos, y (2) la operacionalización del concepto de síntomas positivos y negativos de Crow. Con el tiempo se han convertido en los instrumentos de evaluación clínica de la esquizofrenia más ampliamente utilizados en todo el mundo. Aunque estas escalas pueden emplearse de forma independiente, habitualmente se utilizan de forma conjunta. Existen traducciones al español (Obiols J et al, 1985) así como varios estudios de validación (Peralta et al, 1995, Vázquez Barquero et al. 1996). Los síntomas de estas escalas fueron extraídos de descripciones clásicas de la enfermedad, fundamentalmente de Bleuler y Schneider. Su gran inconveniente es que a pesar de estar compuestas por un elevado número de ítems (50 en total), el contenido de los mismos está limitado a aquellos de carácter 'positivo' o 'negativo'. El análisis factorial de estas escalas en cuanto a síntomas (puntuaciones globales de las subescalas) ha permitido la demostración de que los que las componen se agrupan estadísticamente en torno a tres síndromes: psicosis (delirios, alucinaciones), desorganización (trastornos formales del pensamiento, conducta extraña, afecto inapropiado) y negativo (embotamiento afectivo, alogia, apatía y anhedonia-insociabilidad). Este agrupamiento sintomático ha sido

recogido por el DSM-IV como un sistema alternativo de evaluación dimensional de la esquizofrenia. No obstante, la verdadera estructura factorial de estas escalas -derivada del análisis a nivel de ítems- es aun desconocida.

PANSS

Fue desarrollada a partir de la BPRS con el objeto de mejorar sus propiedades psicométricas y ampliar notablemente la evaluación de los síntomas negativos. Existe una traducción y validación al español (Peralta y Cuesta, 1994). Consta de tres subescalas: positiva, negativa y psicopatología general. Esta última subescala permite la evaluación de numerosos síntomas, además de los positivos y negativos. Dentro de las escalas de esquizofrenia es la que contiene un mayor tipo de síntomas (que no de ítems). A diferencia de las otras escalas de esquizofrenia -que se puntúan atendiendo a una entrevista clínica no estructurada-, la PANSS requiere una entrevista semiestructurada pero que se integra perfectamente en la entrevista clínica habitual. Los síntomas positivos y negativos están perfectamente balanceados, lo que permite el diagnóstico del subtipo positivo y negativo en función de la valencia de la puntuación diferencial de ambas subescalas. Las versiones americana y española disponen de valores normativos, lo que permite calibrar las definiciones de los síndromes en función de la sensibilidad/ especificidad deseados.

Esta escala es quizá la que mejor ha sido estudiada desde el punto de vista psicométrico. El hecho de que contenga una gran diversidad de síntomas permite una evaluación multidimensional de la esquizofrenia. Actualmente existe consenso (Lindenmayer et al, 1994) de que la mayoría de los síntomas de la escala se agrupan en torno a 5 síndromes: psicosis, desorganización (o cognitivo), negativo, excitación y afectivo (depresivo).

I.6.5. Comparación entre las escalas de esquizofrenia

Existen numerosos estudios psicométricos de las escalas individuales así como varios estudios comparativos entre las escalas. En la Tabla 3 se expone un resumen de los datos disponibles actualmente sobre las propiedades comparativas entre las escalas. Todas las escalas poseen una adecuada fiabilidad interobservador. Desde un punto de vista descriptivo, los síntomas positivos están mejor descritos y representados en la SAPS; sin embargo, la escala que contiene más diversidad de síntomas es la PANSS, que incluye al menos 5 dimensiones clínicas de la esquizofrenia. El síndrome negativo evaluado con la PANSS es el que tiene la consistencia interna más alta. Todas las escalas son fáciles de aplicar en la práctica clínica, si bien la PANSS requiere algo más de tiempo debido al elevado número de síntomas que evalúa y a que requiere una entrevista semiestructurada. La PANSS es la única escala que nos permite tipificar directamente a los pacientes en el subtipo positivo *vs* negativo de la esquizofrenia. La escala de Manchester tiene el inconveniente de que evalúa muy pocos síntomas. Existen muy pocos estudios psicométricos comparativos de las escalas de Manchester y BPRS.

	SAPS/SANS	PANSS	Manchester	BPRS
Nº de síntomas positivos	4	7	3	4
Nº de síntomas negativos	5	7	3	3
Síntomas Psicopatol. General	0	16	2	11
Comprensividad de la escala	++	+++	+	+
Definición de ítems	+++	+++	++	++
Anclajes de los ítems	++	+++	++	+
Fiabilidad interobservador	+++	+++	++	+
Consistencia interna S.positivo	++	++	++	?
Consistencia interna S.negativo	++	+++	++	?
Fiabilidad test-retest	++	++	++	?
Validez factorial	+/-	+/-	+/-	+/-
Validez concurrente	+++	+++	++	?
Validez de criterio (externa)	p	p	p	p
Validez discriminante	+	+	?	?
Derivación de modelos multidimensionales	++	+++	++	++
Derivación de subtipos de la esquizofrenia	++	+++	+	+
Adaptación española	sí	sí	sí	tr
Percentiles/Normalidad	no	sí	no	no
Tiempo de aplicación	30'	30-45'	20'	15'
Forma de entrevista	libre	semiestruct.	Libre	libre
Aplicabilidad clínica	+++	++	+++	+++

+++ = muy buena; ++ = buena; + = regular; +/- = dudosa; p = parcial; tr = traducción

Tabla 3. Características generales y psicométricas de las escalas de evaluación psicopatológica de la esquizofrenia

La escala de más fácil aplicación es la de Manchester, la que contiene un mayor número de dimensiones psicopatológicas es la PANSS, y las SAPS/SANS las que proporcionan un mayor poder descriptivo de los síntomas psicóticos y negativos.

I.6.6. Escalas de síntomas específicos

Por su propia especificidad estas escalas no son de utilización generalizada. Sin embargo, cuando se emplean en pacientes concretos en los que nos interese evaluar más específicamente un grupo de síntomas, pueden ser muy útiles al aumentar el poder descriptivo. Seguidamente se describen aquellas escalas que más se emplean en la evaluación de un determinado síntoma o grupo de síntomas, así como aquellos instrumentos que aporten concepciones originales en la evaluación psicopatológica.

Delirios

Existen numerosas escalas de evaluación de los delirios que se basan en la descripción más o menos extensa de las experiencias delirantes en base a su contenido. Estas escalas no aportan ventajas substanciales con respecto a la SAPS, en la que los delirios están relativamente bien recogidos por su contenido.

Una aproximación distinta de la mera evaluación de las experiencias delirantes por su contenido, está representada por la evaluación de dimensiones de la experiencia delirante. Kendler et al. (1983) han elaborado un instrumento para la evaluación de 5 dimensiones de los delirios (extensión, carácter extraño, sistematización e implicación). En la misma línea de pensamiento Garety y Hemsley (1987) han desarrollado una escala con 11 características o dimensiones de la experiencia delirante que son evaluadas por el propio paciente. La concepción multidimensional tiene implicaciones para la conceptualización de la estructura del delirio, el curso temporal y la resolución de la experiencia psicótica.

Alucinaciones

Al igual que lo que ocurre con los delirios, la mera descripción de los trastornos de la percepción atendiendo a la modalidad sensorial afectada es insuficiente para capturar la complejidad de las alucinaciones. Recientemente se han desarrollado diversos procedimientos para la evaluación de los trastornos perceptivos a un nivel más fino y multidimensional (Carter et al, 1995; Oulis et al, 1995). Uno de los ejemplos más interesantes de esta aproximación está representado por la escala de alucinaciones de Chen y Berrios (1996). Estos autores han elaborado una escala, que además del tipo de modalidad sensorial, evalúa 11 características de las alucinaciones. La estructura de los síntomas se evalúa de forma complementaria a la del contenido, configurando un modelo multidimensional que puede variar de síntoma a síntoma.

Trastornos formales del pensamiento

Existen varias escalas para la evaluación de este tipo de síntomas, pero con mucho la más empleada y más estudiada desde el punto de vista psicométrico es la escala T.L.C. (*Thought, Language, and Communication Scale*; Andreasen, 1979). Esta escala consta de 18 ítems que se corresponden con descripciones clásicas de los trastornos formales del pensamiento. Existen tanto una traducción al español (Obiols JE et al, 1985) así como un estudio de validación en nuestro país (Peralta et al, 1992).

Síntomas negativos

Como consecuencia del interés por este tipo de síntomas, en los últimos años se han desarrollado varias escalas para su evaluación. Con mucho, la SANS es la más empleada, habiéndose convertido en la de referencia. Otras escalas son la *Scale for Emotional Blunting* (SEB; Abrams y Taylor, 1978), la *Negative Symptom Rating Scale* (NSRS; Iager et al, 1985) y la *Negative Symptoms Assessment* (NSA; Raskin et al, 1993). Existen escalas de síntomas negativos derivadas del CPRS (Lindström y Lindström, 1996), del AMDP (Wogon et al, 1994), y del PSE (Maurer, 1990).

Un enfoque distinto en la evaluación y diagnóstico del síndrome negativo ha sido desarrollado por Carpenter et al (1988) al diferenciar entre síntomas negativos primarios y secundarios y entre transitorios y persistentes. Cuando los síntomas negativos son primarios (no debidos a depresión, aquinesia por neurolépticos o deprivación social) y persistentes (presentes durante al menos un año) conforman un síndrome defectual. Este síndrome es definido de

manera categorial (presente *vs* ausente) e independiente de la presencia de síntomas positivos. Al objeto de valorar con más precisión y fiabilidad los síntomas negativos del síndrome defectual, Kirkpatrick et al. (1989) han desarrollado el 'Schedule for the Deficit Syndrome'; sin embargo, la diferenciación entre síntomas negativos primarios y secundarios aun no ha sido definida de forma satisfactoria.

Síntomas catatónicos

Hasta muy recientemente no se disponía de instrumentos estandarizados para la evaluación específica de estos síntomas. Rosebush et al (1990) han *operacionalizado* los síntomas motores descritos por Kahlbaum y elaborado criterios para el diagnóstico categorial del síndrome catatónico. Recientemente Bush et al (1996) y Bräuning et al (1998) han desarrollado sendas escalas que contienen respectivamente 23 y 21 síntomas catatónicos. Probablemente la escala más completa de síntomas catatónicos es la escala modificada de Rogers (McKenna et al, 1991) que evalúa 36 síntomas catatónicos. Consta de dos subescalas que tienen por objeto la diferenciación entre síntomas motores secundarios a los neurolépticos y síntomas catatónicos primarios. De esta última escala existe una traducción española. Hasta la fecha, y dado que las disponibles no han sido extensivamente utilizadas, no existen datos comparativos sobre que escala es la más apropiada para la evaluación de los síntomas catatónicos.

Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos son evaluados con diferente grado de amplitud por las escalas BPRS, PANSS y de Krawiecka. En la esquizofrenia se ha utilizado con relativa frecuencia la escala de Hamilton para la depresión y en menor medida la de Montgomery-Asberg. Estas escalas, sin embargo, tienen el inconveniente de que se componen de síntomas como inhibición motora, apatía, anhedonia y disminución de las relaciones sociales, todos los cuales se solapan con los síntomas negativos. Por esta razón Addington et al. (1992) han desarrollado la escala de Calgary, siendo hasta ahora la única escala de depresión específicamente diseñada para su empleo en pacientes esquizofrénicos. Esta escala se compone fundamentalmente de síntomas cognitivos de la depresión, y ha demostrado la ausencia de solapamiento con los síntomas negativos. Existen varias traducciones de esta escala al español. Probablemente esta escala es la más apropiada para la evaluación de los síntomas depresivos en la esquizofrenia.

Experiencias subjetivas

Además de los delirios y alucinaciones, en la esquizofrenia existe gran variedad de síntomas subjetivos o trastornos de la experiencia que son muy prevalentes en las diferentes fases de la enfermedad. La mayoría de estos síntomas son experiencias de tipo cognitivo de áreas tales como la pérdida de control, de percepción, de lenguaje, de pensamiento, motórica, la pérdida de automatismo y la sobreestimulación sensorial. Si no son explorados activamente, estos síntomas raramente son referidos por los pacientes de forma espontánea, por lo que deben ser evaluados mediante instrumentos estandarizados. Existen numerosas escalas para la evaluación de estos síntomas (revisadas por Peralta y Cuesta, 1994) pero hasta la fecha no

hay ningún instrumento que se pueda considerar estándar. Por su valor descriptivo destaca el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (Süllwold, 1986), que ha sido empleado con relativa frecuencia en nuestro país.

Falta de conciencia de enfermedad

Los tres principales componentes de la falta de conciencia de enfermedad (falta de conciencia de enfermedad propiamente dicha, la falta de conciencia de síntomas individuales, y el rechazo al tratamiento) se pueden evaluar mediante los tres ítems correspondientes del AMDP. Davis (1990) ha desarrollado una escala semiestructurada para la evaluación específica de estos tres aspectos de la conciencia de enfermedad. En los últimos años se han elaborado numerosas escalas entre las que destaca por su amplitud la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD; Amador et al, 1993). Esta escala tiene la ventaja de ofrecer una detallada descripción de la falta de conciencia, tanto de la enfermedad como de síntomas individuales. Su principal inconveniente es que requiere un elevado tiempo de aplicación.

Estudios comparativos entre las escalas de esquizofrenia:

Thieman et al (1987), Kay et al (1987a), Kay et al (1987b), Kay (1990), Gur et al (1991), Czobor et al (1991), Dollfus et al (1991), Bell et al (1992), Fenton y McGlashan (1991), Silver et al (1993), Peralta et al (1995), Norman et al (1996).

Bibliografía

- Allebeck P, Varla E, Krisjansson E (1987). Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76: 414-419.
- ** Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research* 6: 201-208.
- * Amador XF, Strauss DH, Yale S, Gorman JM, Endicott J (1993). The assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150: 873-879.
- ** American Psychiatric Association (1996). Directrices para la práctica clínica en la evaluación psiquiátrica del adulto.
- ** American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154,4.
- Andreasen NC (1979) Thought, Language and Communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry* 36: 1315-1321.
- * Andreasen, N.C. (1984a). The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). University of Iowa, Iowa City.
- * Andreasen, N.C. (1984b). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). University of Iowa, Iowa City.
- Andreasen N (1987). The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). Iowa City, IA: The University of Iowa.
- Das AMDP-System (1978). Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde; 3. Aufl. Berlin, Springer.
- Das AMDP-System (1995). Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde; 3. Aufl. Göttingen, Hogrefe.
- Asberg M, Montgomery SA, Perris C y cols (1978). A Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica suppl* 271: 5-27.
- Barcia D (1997) Esquizofrenia. Cuadros afines y cuadros delirantes. Madrid, ELA.
- *** Barnes TRE, Nelson HE (1994). The assessment of psychoses. London, Chapman.
- *** Barnes TRE, Kane JM (1994). Assessment of movement disorder in psychosis. En Barnes TRE, Nelson HE (eds). The assessment of psychoses. London, Chapman.
- Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, Lysaker P, Cicchetti D (1992). The positive and negative syndrome scale and the brief psychiatric rating scale. Reliability, comparability, and predictive validity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180: 723-728.
- ** Bermanzohn PC, Siris SG (1992). Akinesia: a syndrome common to parkinsonism, retarded depression, and negative symptoms of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 33:221-232.
- Bräuning P, Krüger S, Shugar G (1998) Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. *Comprehensive Psychiatry*, 39:35-46.
- * Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A (1996). Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93: 129-136.
- ** Caligiuri MP, et al. (1993) Parkinsonism in neuroleptic-naïve schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150:1243-1348.
- ** Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman DW (1988). Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *American Journal of Psychiatry* 145: 578-583.
- Carter DM, Nackinon A, Howard S, Zeegers T, Copolov DL (1995). The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophrenia Research* 16: 157-165.
- Chen E, Berrios GE (1996). Recognition of hallucinations: a new multidimensional model and methodology. *Psychopathology* 29: 54-63.
- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. *British Medical Journal*, 280: 66-68.
- Czobor P, Bitter I, Volavka J (1991). Relationship between the BPRS and the SANS: a study of their correlation and redundancy. *Psychiatry Research*, 36:129-139.
- * DeLisi LE (1990). Depression in schizophrenia. Washington: American Psychiatric Press.

- * David AS (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156: 798-808.
- * Dixon MJ, King S (1995). The concordance between symptom information gathered from remitted schizophrenic patients and their relatives. *Journal of Psychiatric Research*, 29:447-456.
- Dollfus S, Petit M, Lesieur P, Menard JF (1991). Principal component analysis of PANSS and SANS-SAPS global ratings in schizophrenic patients. *European Psychiatry* 6:215-259.
- Dworkin RH, Cornblatt BA, Friedmann R et al. (1993). Childhood precursors of affective vs social deficits in adolescents at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19:563-577.
- Endicott J y Spitzer RL (1978). A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 35:837-862.
- * Fenton WS, McGlashan TH (1992). Testing systems for assessing negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 49:179-184.
- Garety PA, Hemsley DR (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 236:294-298.
- Gur RE, Mozley PD, Resnick SM, Levick S, Erwin R, Saykin AJ, Gur RC (1991). Relations among clinical scales in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 148:472-478.
- * Huber G (1966). Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschritte von Neurologie und Psychiatrie*, 34:409-426.
- Jackson HJ, McGorry P, Dudgeon P (1995). Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry*, 36:241-250.
- Junginger J (1996) Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin* 22:91-103.
- * Kanofsky JD, Kay SR, Lindenmayer JP, Opler LA (1987). Catatonic schizophrenia and negative syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 162.
- Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (1996). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. Social and Behavioral Documents 17 (N. 2807).
- * Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987a). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP (1987b). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research* 23:99-110.
- Kay, S.R. (1990). Positive-negative symptom assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quarterly*, 61, 163-178.
- *** Kendler KL, Glazer WM, Morgenstern H (1983). Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 140:466-469.
- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D (1994). Outcome and family study of the subtypes of schizophrenia in the west of Ireland. *American Journal of Psychiatry*, 151:849-856.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas L, Carpenter WT (1989). The schedule for the deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Research* 30: 119-123.
- *** Koehler K (1979). First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *British Journal of Psychiatry* 134: 236-248.
- Krawiecka, M., Goldberg, D., Vaughan, M. (1977). A standardized psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299-308.
- * Leff J (1990). Depressive symptoms in the course of schizophrenia. En DeLisi LE, *Depression in schizophrenia*. Washington, American Psychiatric Press.
- *** Leonhard K (1986). Aufteilung der endogen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Berlin, Akademie-Verlag.
- * Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S (1994) Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182:631-638.
- Lindström E, Lindström LH (1996). A subscale for negative symptoms from the CPRS: a comparison with the SANS. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurology* 246: 219-223.

- * Lopez-Ibor JJ (1980) El sistema AMDP. Madrid, Garsi.
- Luckner N von, Maurer M, Kuny S, Woggon B, Dittrich A (1985). Comparison of AMDP-system and CPRS with regard to contents. *Neuropsychobiology* 13: 117-120.
- Malla A, Cortese L, Shaw TS, Gingsberg B (1990). Life events and relapse in schizophrenia: a one year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25:221-224.
- Malla AK, Norman RMG (1994). Prodromal symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164:487-493.
- ** Marsden CD (1982). Motor disorders in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 12:13-15.
- ** Mason P, Harrison G, Croudace T, Glazebrook C, Medley I (1997). The predictive validity of a diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170:321-327.
- Maurer K. (1990). PSE-standardisierte Verlaufsdaten zur Minussymptomatik. En Möller HJ y Pelzer E (eds) *Neure Ansätze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik*. Berlin, Springer.
- McKenna PJ, Lund CE, Mortimer AM, Biggins CA (1991). Modified Rogers scale for the assessment of motor disorders. *British Journal of Psychiatry*. *British Journal of Psychiatry* 158, 328-336.
- * McNeil TF (1995). Perinatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns. *Epidemiologic Reviews*, 17:107-112.
- *** Mellor CS (1991). Methodological problems in identifying and measuring first-rank symptoms of schizophrenia. En Marneros A, Andreasen NC y Tsuang MT (eds): *Negative versus positive schizophrenia*. Berlin, Springer.
- Minas IH, Klimidis S, Stuart GW, Copolov DL, Singh BS (1994). Positive and negative symptoms in the psychoses: principal components analysis of items from the scale for the assessment of positive symptoms and the scale for the assessment of negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry* 35: 135-144.
- Montgomery SA, Taylor P, Montgomery D (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change. *Neuropharmacology* 17:1061-1063.
- Norman RMG, Malla AK, Cortese L, Díaz F (1996). A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS and PANSS. *Schizophrenia Research*, 19:73-85.
- * Obiols JE, Salvador L, Humbert M y Obiols J (1985), Evaluación de los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 12: 85-91.
- Obiols JE, Salvador L, Humbert MS, Obiols JE (1985) Escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación. Universidad de Barcelona.
- O'Grady JC (1990). The prevalence and diagnostic significance of Schneiderian first-rank symptoms in a random sample of acute psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 156:496-500.
- Oulis PG, Mavreas VG, Mamounas JM, Stefanie CN (1995). Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 97-102.
- Overall JE, Gorham DR (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 10: 799-912.
- ** Othmer E, Othmer SC (1996). DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo I Fundamentos. Barcelona, Masson.
- ** Othmer E, Othmer SC (1996). DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo II El paciente difícil. Barcelona, Masson.
- Palmstierna T, Wistedt B (1987). Staff observation aggression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76: 657-663.
- Peralta V, Cuesta M.J. (1992). A polydiagnostic approach to self-perceived cognitive disorders in schizophrenia. *Psychopathology*, 25:232-238.
- Peralta V, Cuesta MJ, de Leon J (1992). Formal Thought Disorder in Schizophrenia: A Factor Analytic Study. *Comprehensive Psychiatry* 33: 105-110.
- * Peralta V, Cuesta MJ (1994). La validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 22: 171-177.
- * Peralta V, Cuesta MJ. (1994). Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 35: 198-204.
- * Peralta V, Cuesta MJ, De Leon J (1995). Positive and negative symptoms/ syndromes in schizophrenia: reliability and validity of different diagnostic systems. *Psychological Medicine*, 25: 43-50.

- * Pérez-Fuster A, Ballester Gracia M, Girón Gimenez M, Gómez Beneyto M (1989a). Fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17: 111-118.
- * Pérez-Fuster A, Ballester Gracia M, Girón Gimenez M, Gómez Beneyto M (1989b). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 25-31.
- ** Raulin M, Brenner V (1993). Ambivalence. En Costello CG (ed): *Symptoms of schizophrenia*. New York, John Wiley & Sons, pp 201-226.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan Y, Rateliff KS (1981). The NIMH diagnostic interview schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry* 38: 381-389.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH (1988). The composite international diagnostic interview. *Archives of General Psychiatry* 45: 1069-1077.
- ** Rubinson EP, Asnis GM (1991). Utilización de entrevistas estructuradas para el diagnóstico. En: Wetzler S (ed), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos*. Barcelona, Ancora.
- Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF (1990). Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *Journal of Clinical Psychiatry* 51: 357-362.
- * Roy A. (1996) Depression and suicide in chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 9: 193-206.
- * Salvador L, Obiols JE, Humbert M, Obiols J (1985), Evaluación de los síntomas positivos en la esquizofrenia. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 12: 92-102.
- Shatin L, Freed EX (1955). A behavioral rating scale for mental patients. *Journal of Mental Disorders* 101: 644-653.
- *** Schneider K (1975). *Patopsicología clínica*. 4 ed. Madrid, Paz Montalvo.
- * Silver H, David D, Kaplan M, Hadjez J, Tubi N, Darnel A, Calev A, Lerer B (1993). Factor analysis of schizophrenic symptoms and comparison of different rating scales. *Schizophrenia Research*, 10:67-75.
- Spitzer RL, First M, Kendler KS, Stein DJ (1993). The reliability of three definitions of bizarre delusions. *American Journal of Psychiatry* 150: 880-884.
- Süllwold L (1986). *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (3)*. Frankfurt/M. En Süllwold L y Huber G (eds), *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin, Springer.
- * Sweeney JA, Haas G, Weiden PJ (1991). Evaluación clínica de la esquizofrenia. En: Wetzler S (ed), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos*. Barcelona, Ancora.
- * Taylor PJ (1995). Schizophrenia and the risk of violence. En Hirsch SR y Weinberger DR (eds) *Schizophrenia*. Oxford, Blackwell.
- Thieman S, Csernansky JG, Berger PA (1987). Rating scales in research: The case of negative symptoms. *Psychiatry Research* 20: 47-55.
- Vázquez Barquero JL, Lastra Y, Cuesta MJ, Herrera S, Dunn (1996). Patterns of positive and negative symptoms in first episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 168: 693-701.
- Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablensky A, Rieger R, Sartorius N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47:589-593.
- Wittchen HU, Semler G, von Zerssen D (1985). A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD diagnoses vs DSM-III and research diagnostic criteria using the diagnostic interview schedule (version 2). *Archives of General Psychiatry* 42: 677-684.
- Woggon B, Albers M, Stassen HH, Schmid GB, Mann M, Tewesmeier M, Gladen M, Sander G, Mekler G, Attinger Y, Good J (1994). Entwicklung von zwei neuen AMDP-Syndromen zur Erfassung der chronisch schizophrenen Symptomatik. En Möller HJ y Laux G (eds) *Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik*. Wien, Springer.
- Woerner MG, Manuzza S, Kane JM (1988). Anchoring the BPRS: an aid to improved reliability. *Psychopharmacology Bulletin* 24: 112-117.
- Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* 143: 35-39.

II. Evaluaciones Complementarias

II.1. Biopatología

En el momento actual no existen pruebas de laboratorio específicas para la esquizofrenia, a diferencia de otras enfermedades (Lembregts, M. et al., 1993). En función de cada paciente, sus peculiaridades clínicas, el diagnóstico diferencial a realizar y, sobre todo, en función de la utilización de psicofármacos, el clínico deberá seleccionar las pruebas a realizar (A.P.A., 1997).

Un protocolo de exploración deberá incluir pruebas básicas para todos los casos y otra serie de pruebas que sólo se realizarán en casos especiales (Tabla 4).

Hematología	<ul style="list-style-type: none">- Series blanca y roja- Hematócrito- Hemoglobina- Valor corpuscular medio- Plaquetas- Estudio coagulación- Velocidad de sedimentación	Bioquímica General	<ul style="list-style-type: none">- Glucemia- Uremia- Creatinina- Acido Úrico- Colesterol- Triglicéridos- Proteínas totales- Albúmina- Trans-oxalacética- Trans-pirúvica- Fosfatasa alcalina- Láctico deshidrogenasa- Calcio- Fósforo inorgánico- Bilirrubina directa y total- - CGT, Glutamiltranspeptidasa
Estudio de Orina	<ul style="list-style-type: none">- Densidad- pH- Proteínas- Glucosa- Cuerpos cetónicos- Bilirrubina- Hematíes- Nitritos- Urobilinógeno- Leucocitos- Sedimento urinario	Otras Pruebas	<ul style="list-style-type: none">- T₃, T₄ y TSH- Función hepática- Función renal- Test gestación

Tabla 4: Pruebas de laboratorio

La realización de las siguientes pruebas es aconsejable para un buen diagnóstico diferencial, sobre todo en los casos de presentación de cuadros confusionales y alteraciones episódicas de los estados de conciencia (Frances, A. et al., 1996):

1. Estudio hematológico: series blanca y roja, hematocrito, hemoglobina, valor corpuscular medio, velocidad de sedimentación y estudio de coagulación y plaquetario.
2. Bioquímica general: glucemia, uremia, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, proteínas totales, albúmina, transaminasas oxalacética y pirúvica, fosfatasa alcalina, ácido láctico deshidrogenasa, calcio, fósforo inorgánico, bilirrubina directa y total y glutamiltranspeptidasa.
3. Estudio de orina: densidad, pH, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, bilirrubina, nitritos, urobilinógeno y sedimento urinario.
4. Otras pruebas:
Deberán realizarse en los casos en que en el cuadro clínico estén presentes síntomas de posible etiología somática. Los más frecuentes son los trastornos confusionales, los episodios de estados de conciencia crepuscular, las alucinaciones visuales, etc. También es preciso realizarlas cuando se sospecha la concomitancia de un proceso somático, en especial los cuadros infecciosos y las intoxicaciones, sin olvidar que los pacientes esquizofrénicos en tratamiento con psicofármacos pueden desarrollar alteraciones en la funcionalidad de determinados órganos (hígado, riñón, sistema endocrino, etc...).

Las pruebas más habituales a realizar son:

- Función tiroidea: de T_3 , T_4 y TSH.
- Función hepática.
- Función renal.
- Test de gestación.

En todos los casos de enfermedad somática es conveniente seguir los protocolos de pruebas de laboratorio que recomienda el buen hacer de la patología médica (Hales, R., 1996).

II.2. Electrofisiología

La actividad bioeléctrica constante del cerebro, no solamente en el estado de vigilia, sino también durante el sueño, permite alcanzar una extensa fuente de información sobre la función cerebral. La forma como se genera la actividad eléctrica a partir de la actividad neuronal queda aun por dilucidar. Es posible captar la señal eléctrica cuando se recogen territorios neuronales amplios y mediante técnicas adecuadas ampliar la señal y establecer registros útiles para el estudio de la actividad cerebral.

La actividad eléctrica generada por los procesos que tienen lugar en el cerebro constituye la base de estudio para las técnicas neurofisiológicas. El descubrimiento por Berger en 1929 de la electroencefalografía supuso el inicio de la neurofisiología, que en la actualidad cuenta con otras técnicas más desarrolladas, como la cartografía cerebral, los potenciales evocados relacionados con acontecimientos y el registro de los movimientos oculares.

Las técnicas neurofisiológicas presentan unas ventajas indudables para el estudio de la actividad cerebral al no ser invasivas, permitir recogida de señales en intervalos de tiempo muy cortos, y ser de bajo coste técnico.

II.2.1. Electroencefalograma (EEG):

Su aplicación al terreno de la Psiquiatría ha permitido contar con un medio técnico eficaz para el diagnóstico de la enfermedad orgánica cerebral subyacente, así como el de enfermedades neuropsiquiátricas.

En la esquizofrenia no se ha encontrado ningún patrón de registro específico, por lo que su utilidad es escasa. No obstante, el uso clínico del EEG está suficientemente extendido -en especial en los primeros episodios de la enfermedad (Sponheim, S.R., et al., 1994)-, ya que coadyuva a establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Tiene especial importancia su utilización en todos los casos en que por las manifestaciones clínicas se sospecha la presencia de una afectación cerebral, como pueden ser los procesos vasculares cerebrales, tumores, infecciones, intoxicaciones, epilepsia, etc. De manera más específica la EEG en la esquizofrenia ha desplazado su énfasis al estudio de las anomalías del lóbulo temporal (Hughes, J.R., 1996).

La incorporación de las técnicas de EEG computerizado, facilitará el estudio de las posibles alteraciones cerebrales, sin que hasta el momento haya mostrado una utilidad específica en el diagnóstico de la esquizofrenia (A.P.A., 1991).

II.2.2. Cartografía Cerebral:

Constituye una técnica neurofisiológica derivada del EEG convencional. La nueva tecnología permite el almacenamiento de mayor cantidad de información de la actividad eléctrica cerebral y su conversión en mapas que en función del color reflejan la actividad de diferentes zonas cerebrales. No obstante, es necesaria aun una mayor depuración de la técnica que elimine los múltiples artefactos que contaminan los trazados actuales (Bilder, R.M., 1996).

Su aplicación está aun relegada a los centros de investigación en la enfermedad mental, puesto que la información suministrada no añade nada sustancial al registro del EEG convencional.

II.2.3. Potenciales Evocados (PE):

La utilidad de esta técnica en la clínica psiquiátrica se extiende al estudio de los procesos demenciales y al diagnóstico diferencial entre proceso funcional u orgánico.

En la esquizofrenia no ha sido posible encontrar un patrón de trazado específico. Los estudios de investigación se centran en la actualidad en la aplicación de esta técnica para profundizar en las posibles alteraciones del procesamiento de la información, que se muestra como un trastorno posiblemente ligado a la patología esquizofrénica (Bilder, R.M., 1996).

II.3 Neuroimagen

El desarrollo de las técnicas de Neuroimagen permite en la actualidad disponer de métodos exploratorios muy adecuados para el diagnóstico de la enfermedad esquizofrénica. La posibilidad de conocer el nivel funcional y/o estructural del cerebro supone un mayor acercamiento a la neurofisiopatología del cerebro. Los permanentes avances en estas técnicas y sus aplicaciones clínicas no siempre van seguidas de hallazgos consistentes. Es necesario establecer criterios para el clínico que le orienten en la utilización de estas pruebas especialmente en la vertiente diagnóstica, no siempre similares a la investigadora.

Las técnicas más importantes para el estudio de la estructura cerebral son la tomografía axial computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM). Las técnicas funcionales disponibles en el momento actual son la tomografía computarizada por emisión de fotones únicos (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET). Existen otras técnicas para el estudio funcional del cerebro que se encuentran aun en vías de investigación, como la resonancia magnética espectroscópica (RMS) o la resonancia magnética funcional (fMRI).

II.3.1. Tomografía Axial Computerizada (TC):

Desarrollada en 1970, su introducción en la clínica supone el abandono de la histopatología y la neumoencefalografía, únicas técnicas disponibles hasta entonces. Desde los primeros estudios realizados en esquizofrenia en 1976 la utilización de la TC está ampliamente difundida en el campo de la clínica, siendo los hallazgos encontrados muy diversos. Debido a la proliferación de estudios de investigación realizados con distintas metodologías en cuanto a las poblaciones de esquizofrénicos estudiadas, así como con distintas técnicas y parámetros iconográficos, es necesaria una recopilación y análisis para llegar a definir cuáles son los hallazgos constantes en la mayoría de los estudios y cuáles no han sido suficientemente replicados.

Los hallazgos que parecen más contrastados se refieren al ensanchamiento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, incremento de los surcos corticales (atrofia), atrofia cerebelosa, asimetría cerebral invertida y anomalías en la densidad cerebral (Andreasen. N.C., et al., 1990; Andreasen, N.C. et al., 1992; Falkai, P. et al., 1995; Kotrla, K.J. et al., 1995; Travis, M. et al., 1997).

El ensanchamiento del sistema ventricular y la disminución de los surcos cerebrales son el signo de una atrofia cerebral. Sin embargo, estos hallazgos no pueden ser tomados como una prueba diagnóstica para la esquizofrenia (Chua, S.E. et al., 1995).

Las alteraciones estructurales cerebrales están presentes en un número muy elevado de pacientes desde el primer episodio de su enfermedad (Gewirtz, G. et al., 1994, Delisi, L.E., et al., 1995; Nopoulos, P., et al., 1995; Vázquez-Barquero, J.L. et al., 1995). Aun cuando no se ha podido establecer una relación con los tipos clínicos clásicos, hay evidencia de una correlación con la presencia de síntomas negativos (Schroeder, J. et al., 1995; Turetsky, B., et al., 1995). No se ha conseguido hasta la fecha establecer los hallazgos de la TC como predictores de respuesta al tratamiento (Schroeder, J., et al., 1993).

La consistencia de los trastornos estructurales cerebrales en los pacientes esquizofrénicos ha dado lugar a la formulación de hipótesis explicativas sobre la etiopatogenia de la enfermedad (Royston, M.C., et al., 1993). Las hipótesis que parecen más admitidas se refieren a la existencia de un proceso degenerativo o a un trastorno del desarrollo neuronal (disgenesia). En el caso de la degeneración los datos que la apoyan son la atrofia cortical cerebral encontrada desde los primeros episodios, así como el hecho de que dicha atrofia no progrese con el curso de la enfermedad. Por su parte la hipótesis de la disgenesia se apoyaría en que los trastornos estructurales se localizan especialmente en la línea media, junto con la constatación de una disminución del tamaño craneal. Estas hipótesis necesitan ser contrastadas y ampliadas con los estudios provenientes de otras técnicas de neuroimagen.

II.3.2. Resonancia Magnética Nuclear (RM):

Desde la segunda mitad de la década de los 80 se encuentra disponible esta técnica que supuso un avance en el estudio estructural del cerebro, con grandes ventajas sobre la TC. Permite realizar cortes en cualquier plano, tiene una más alta resolución y no expone al paciente a radiaciones como la TC.

La RM ha permitido confirmar los hallazgos obtenidos con la TC. Además facilita una mayor precisión en la localización de las zonas cerebrales más afectadas por la atrofia. El lóbulo temporal, el hipocampo, el caudado y el lóbulo frontal parecen ser las estructuras cerebrales más afectadas por la reducción del tamaño (Andreasen, N.C., et al., 1986; Bogerts, B. et al., 1990, Delisi, L.E., et al., 1991). Otros hallazgos que van apareciendo con determinada consistencia se refieren a una asimetría cerebral anormal a expensas de la disminución selectiva de las regiones temporal izquierda y frontal derecha, una reducción de la sustancia gris, con persistencia del volumen de sustancia blanca en el giro temporal anterior y una agenesia del cuerpo calloso (Frazier, J.A. et al., 1996; Woodruff, P.W., et al., 1995).

Por otra parte se han podido establecer correlaciones entre estos hallazgos y otros datos clínicos como la presencia de deterioro cognitivo, síntomas negativos y pobre ajuste premórbido. También existe una alta correlación con la mala respuesta al tratamiento con antipsicóticos y la mayor predisposición a la aparición de síntomas extrapiramidales.

En la actualidad se pueden sintetizar los avances en la investigación de la neuroimagen estructural de la esquizofrenia en los siguientes términos.

- a) El hallazgo más consistente es la dilatación ventricular, con una mayor evidencia de una pérdida de la sustancia gris.
- b) La correlación de estas alteraciones con determinados síntomas, especialmente con los síntomas negativos, sigue siendo un objetivo de la investigación.
- c) Se estudia si estos cambios estructurales son específicos de la esquizofrenia o forman parte de un proceso patológico general que está en la base de todas las enfermedades mentales «mayores».
- d) Se presta mayor atención a los estudios en primeros episodios y en los inicios en edades tempranas, así como su progresión con el curso de la enfermedad.

El paso de estas técnicas del campo de la investigación al clínico como instrumento diagnóstico es un hecho bastante generalizado. El clínico debería plantearse la conveniencia y utilidad de su aplicación en el campo de la esquizofrenia, a pesar de que no constituyan una prueba diagnóstica positiva. Su uso, pues, debería comprender aquellos casos en los que es preciso hacer un diagnóstico diferencial con una enfermedad orgánica cerebral, en especial con enfermedad ligada a los lóbulos temporal y frontal. Es conveniente practicar estas pruebas en los casos de diagnóstico cierto de esquizofrenia, cuando se trata de un primer episodio y ante la presencia de una sintomatología con predominio de síntomas negativos (Ananth, J., et al., 1993; Frances, A. et al., 1996).

La elección de una de estas técnicas estructurales de neuroimagen vendrá determinada por una serie de variables a valorar en cada caso. En general existen ventajas de una técnica frente a

otra, que el clínico podrá tener en cuenta en el momento de elegir la más adecuada para cada caso (Garber, H.J., et al., 1988), (Tabla 5).

Ventajas de la TC	Ventajas de la RM
Más económica que la RM	Mejor visualización de lesiones ubicadas en fosa posterior, tronco cerebral y áreas temporales y apicales
Es útil cuando no existe focalidad neurológica, pero hay sospechas clínicas	Mejor visualización enfermedades desmielinizantes
Mejor detección de lesiones cerebrales calcificadas	Superior a la TC en detección de anomalías cerebrales asociadas a focos epilépticos
Más útil ante la sospecha de tumores meníngeos o enfermedad hipofisaria	Mejor que la TC en la detección de tumores (excepto meníngeos) y de malformaciones vasculares
Puede utilizarse en pacientes con marcapasos o con implantes metálicos en la cabeza	No requiere empleo de rayos X
No presenta el «efecto balístico» asociado a la RM (atracción de objetos metálicos por el imán)	
Induce menos ansiedad que la RM	
Requiere menos cooperación del paciente	
Puede tener un único papel útil en la evaluación de T.C.E.	
(GARBER, HJ., et al., 1988)	

Tabla 5: Técnicas estructurales de neuroimagen

II.3.3. Técnicas Funcionales de Neuroimagen:

Un considerable avance en la imaginería cerebral lo constituye el estudio de la neuroquímica, metabolismo y, en general, de la fisiología cerebral. Esto es hoy posible gracias a las técnicas funcionales, en especial la tomografía computarizada por emisión de positrón único (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET). Al ser técnicas aun en vías de desarrollo presentan dificultades metodológicas en el terreno instrumental (elevado coste, escasa disponibilidad de radiofármacos que mejoren la calidad de la resolución) y en el clínico. En éste último quedan por establecer patrones específicos para las diferentes enfermedades mentales, incluso para población normal en función de edad, sexo y otras variables.

La técnica de SPECT ha aportado un instrumento valioso a los estudios previos de flujo sanguíneo cerebral, sobre todo con la utilización de marcadores «estáticos» ($I^{123}IMP$, $Tc^{99}HMPAO$). La medición del flujo sanguíneo cerebral no puede hacerse de forma dinámica, por lo que no puede llegarse a parámetros cuantitativos. Las estimaciones se realizan a partir de la relación entre la región objeto de estudio y otra supuestamente neutra desde el punto de vista metabólico.

El estudio con SPECT no queda limitado al flujo sanguíneo cerebral (Yuasa, S. et al., 1995), sino que está siendo aplicado al estudio de los neuroreceptores. Esto supone una valiosa aportación al conocimiento de la dinámica de la neurotransmisión, así como al estudio más concreto de la farmacocinética de los antipsicóticos (Farde, L. et al. 1990; Nordstrom, A. L. et al., 1995).

Por último, la investigación con SPECT abre unas grandes posibilidades en el estudio de las funciones neuropsicológicas estableciendo relaciones entre las imágenes obtenidas en situación basal y las detectadas en realización de tareas de tipo cognitivo (Schuckit, M.A., 1992).

La aportación de una nueva técnica funcional, como es la tomografía por emisión de positrones (PET) radica en una más alta resolución de las imágenes y una mayor precisión en la localización de la actividad cerebral. Son ventajas evidentes frente al SPECT, aunque su desarrollo técnico se encuentra en vías de depuración y su alto coste la hace inaccesible a la aplicación habitual en la clínica (Sedvall, G., 1992).

El hallazgo más constante encontrado en la investigación con técnicas funcionales en la esquizofrenia es la disminución de la actividad en el lóbulo frontal, la hipofrontalidad (Yurgelun-Todd, D.A. et al., 1996). Los estudios de estimulación cognitiva parecen confirmar este dato que, hasta el momento, no parece relacionarse con la cronicidad, ni con el tratamiento psicofarmacológico. Al mismo tiempo no aparece una clara correlación con los llamados síntomas negativos. A pesar de que los estudios no permiten una explicación suficiente para este hallazgo, la hipótesis que establece una relación entre corteza frontal y esquizofrenia adquiere mayor relevancia, así como la existencia de un déficit en la filtración de la información sensorial (Buchsbaum, M.S. et al., 1996).

En los estudios sobre neuroreceptores (Wong, D.F., et al., 1986), las técnicas funcionales han supuesto un giro en la importancia de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia. La constatación de que los receptores D_2 no se encuentran aumentados, como cabría esperar en base a dicha hipótesis, ha obligado a replantear el modelo bioquímico de la enfermedad esquizofrénica.

La utilización de las pruebas complementarias en el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia debe seguir las líneas maestras de la práctica médica. Son pruebas que en ningún caso deben sustituir a la historia clínica ni a las exploraciones somática, neurológica y psicopatológica. Es el diagnóstico clínico el que debe dirigir la elección de las pruebas complementarias a realizar, bien para confirmar el diagnóstico, bien para ayudar a la diferenciación en caso de duda (Frances, A. et al. 1996; A.M.P., 1996).

La atención al paciente esquizofrénico, por otra parte, supone multitud de factores a considerar además del propio proceso diagnóstico. En este sentido, las pruebas complementarias deberán utilizarse en el seguimiento terapéutico y en todas aquellas vicisitudes del curso que requieran una intervención médica, como la necesidad de hospitalización, la resistencia al tratamiento o la aparición de síntomas somáticos, no atribuibles a su enfermedad esquizofrénica.

Con objeto de facilitar al clínico una orientación en la utilización de las pruebas complementarias que se han expuesto, se recogen diversas situaciones que pueden presentarse en la clínica (Tabla 6) y las exploraciones complementarias a realizar en cada caso (Tabla 7).

	Hematología	Bioquímica	EEG	TAC	RM
Proceso diagnóstico	N	N	N	C	
Hospitalización	N	N	N	C	
Predominio síntomas negativos				C	
Edad inicio precoz	N	N	N	C	
Lesión cerebral reciente			N	N	C
Cuadro confusional	N	N	N	N	C
Formas atípicas			N	N	C
Procesos somáticos	N	N	N	N	
1ª Revisión mes	N	N			
Revisión anual	N	N		C	

N = es necesaria su realización; C = es conveniente su realización

Tabla 6: Exploraciones complementarias para la esquizofrenia

Analítica	TC	RM
Revisión semestral	Edad comienzo temprana	Edad comienzo temprana
Procesos somáticos concomitantes	Predominio sintomatología negativa	Predominio sintomatología negativa
Resistencia a tratamiento		

Tabla 7: Pruebas complementarias aconsejables

Bibliografía

- * Ananth J, Gamal R, Miller M., Wohl M, Vandewater S: «Is the routine CT head scan justified for the psychiatric patients?. A prospective study». *J Psychiatry Neurosci.* 1993; 18: 69-73.
- * Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn VD, Olson SC, Grove WM, Ehrhardt JC, Coffman JA, Crosset JH: «Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study». *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986; 43: 136-144.
- *** Andreasen NC: «Brain imaging: applications in psychiatry». *Science.* 1988; 239: 1381-1388.
- ** Andreasen NC, Swayze VW, Flaum M, Yates WR, Arndt S, McChesney C: «Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning: effects of gender, age, and stage of illness». *Arch Gen Psychiatry.* 1990; 47: 1008-1015.
- * Andreasen NC, Rezaei K, Alliger R, Swayze VW, Flaum M, Kirchner P, Cohen G, O'leary DS: «Hypofrontality in neuroleptic-naive patients and in patients with chronic schizophrenia». *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49: 943-958.
- * A.P.A.: «Quantitative electroencephalography: a report on the present state of computerized EEG techniques». *Am J Psychiatry.* 1991; 148: 961-964.
- * A.P.A.: «Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia». *Am J Psychiatry.* 1997; 154 (4) Suppl: 1-63.
- ** Asociación Mundial de Psiquiatría: «Enseñanza y aprendizaje de la Esquizofrenia». 1996.
- ** Bilder RM: «Neuropsychology and neurophysiology in schizophrenia». *Curr Opin Psychiatry.* 1996; 9: 57-62.
- * Bogerts B, Ashtari M, Degreef G, Alvir JM, Bilder RM, Lieberman JA: «Reduced temporal limbic structure volumes on magnetic resonance images in first episode schizophrenia». *Psychiatry Research Neuroimaging.* 1990; 35: 1-13.
- * Buchsbaum MS, Someya T, Teng CY, Abel L, Chin S, Najafi A, Haier RJ, Wu J, Bunney WE: «PET and MRI of the thalamus in never-medicated patients with schizophrenia». *Am J Psychiatry.* 1996; 153: 191-199.
- ** Chua SE, McKenna PJ: «Schizophrenia - a brain disease?. A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder». *Br J Psychiatry.* 1995; 166: 563-582.
- * DeLisi LE, Hoff HL, Schwartz JE, Shields GW, Halthore SN, Gupta SM, Henn FA, Anand AK: «Brain morphology in first-episode schizophrenic-like psychotic patients: a quantitative magnetic resonance study». *Biological Psychiatry.* 1991; 29: 159-175.
- ** DeLisi LE, Tew W, Xie S, Hoff AL, Sakuma M, Kushner M, Lee G, Shedloack K, Smith AM, Grimson R. «A prospective follow-up study of brain morphology and cognition in first-episode schizophrenic patients: preliminary findings». *Biol. Psychiatry.* 1995; 38, 6:349-360.
- *** Elkis H, Friedman L, Wise A, Meltzer HY: «Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. Comparisons with controls or patients with schizophrenia». *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52: 735-746.
- * Falkai P, Schneider T, Greve B, Klieser E, Bogerts B: «Reduced frontal and occipital lobe asymmetry on the CT-scans of schizophrenic patients. Its specificity and clinical significance». *J Neural Transm Gen Sect.* 1995; 99: 63-77.
- * Farde L, Wiesl FA, Stone-Elander L, Halldin C, Nordstrom C, Hall A, Sedvall G: «D2 dopamine receptor in neuroleptic-naive schizophrenic patients: A positron emission tomography study with 11C raclopride». *Arch Gen Psychiatry.* 1990; 47: 213-219.
- * Frances A, Docherty J, Kahn D: «The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia». *J Clinical Psychiatry* (1996). 57. suppl.12B.
- * Frazier JA, Giedd JN, Hamburger SD, Albus KE, Kaysen D, Vaituzis AC, Rajapakse JC, Lenane MC, McKenna K, Jacobsen LK, Gordon CT, Breier A, Ropport JL: «Brain anatomic magnetic resonance imaging in childhood-onset schizophrenia». *Arch Gen Psychiatry.* 1996: 617-624
- *** Garber HJ, Weinberg JB, Buonanno FS: «Use of Magnetic Resonance Imaging in Psychiatry». *Am. J. Psychiatry.* 1988; 145: 154-171.
- ** Gewirtz G, Squires WE, Sharif Z, Honer WG: «Results of computerised tomography during first admission for psychosis». *Br J Psychiatry.* 1994. 164: 789-795.
- * Hales R, Yudofsky STC, Talbot MD: «Tratado de Psiquiatría». Edit. Ancora S.A. Barcelona. 1996.

- *** Hughes JR: «A review of the usefulness of the standard EEG in psychiatry». *Clin Electroencephalogr.* 1996; 27: 35-39.
- *** Kotrla KJ, WEINBERGER DR: «Brain imaging in schizophrenia». *Ann Rev Med.* 1995; 46: 113-122.
- *** Lembreghts M, Anseau M: «Biological markers in schizophrenia». *Encephale.* 1993; 19: 501-523.
- * Nopoulos P, Torres I, Flaum M, Andreasen NC, Ehrhardt JC, Yuh WT: «Brain morphology in first-episode schizophrenia». *Am J Psychiatry.* 1995; 152: 1721-1723.
- * Nordstrom AL, Farde L, Erikson L, Halldin C: «No elevated D2 dopamine receptors in neuroleptic-naive schizophrenic patients revealed by positron emission tomography and 11C N-methylspiperone». *Psychiatry Res.* 1995; 61: 67-83.
- ** Royston MC, Lewis SW (1993). «Brain pathology in schizophrenia: developmental or degenerative?». *Current Opinion in Psychiatry.* 6, 1:70-73.
- * Schroeder J, Geider FJ, Suer H: «Can computerised tomography be used to predict early treatment response in schizophrenia». *Br J Psychiatry.* 1993; 21: 13-15.
- * Schroeder J, Buchsbaum MS, Siegel BV, Geider FJ, Niethammer R: «Structural and functional correlates of subsyndromes in chronic schizophrenia». *Psychopathology.* 1995; 28: 38-45.
- * Schuckit MA: «An introduction and overview to clinical applications of neuroSPECT in psychiatry». *J Clin Psychiatry.* 1992; 53 (suppl): 3-6.
- ** Sedvall G: «The current status of PET scanning with respect to schizophrenia». *Neuropsychopharmacology.* 1992; 7: 41-54.
- * Sponheim SR, Clementz BA, Iacono WG, Beiser M: «Resting EEG in first-episode and chronic schizophrenia». *Psychophysiology.* 1994; 31: 37-43.
- *** Travis M, Kervin R. «Neuroimaging». *Current Opinion in Psychiatry.* 1997; 10,1:16-25.
- ** Turetsky B, Cowell PE, Gur RC, Grossman RI, Shtasel DL, Gur RE: «Frontal and temporal lobe brain volumes in schizophrenia. Relationship to symptoms and clinical subtype». *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52: 1061-1070.
- * Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Quintana F, De la Varga M, Herrera S, Dunn G: «Structural abnormalities of the brain in schizophrenia: sex differences in the Cantabria First Episode of Schizophrenia Study». *Psychol Med.* 1995. 25: 1247-1257.
- * Wong DF, Wagner HN, Tune LE, Dannals RF, Pearlson GD, Links JM, Tamminga CA, Broussoll EP, Ravert HT, Wilson AA, Thomas-Toung JK, Malat J, Williams JA, O'tuama LA, Snyder SH, Kuhar MJ, Gjedde A: «Positron emission tomography reveals elevated D2 dopamine receptors in drug-naive schizophrenics». *Science.* 1986; 234:1558-1563.
- ** Woodruff PW, McManus IC, Davis AS: «Meta-analysis of corpus callosum size in schizophrenia». *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995; 58: 457-461.
- * Yuasa S, Kurachi M, Suziki M, Kadono Y, Matsui M, Saitoh O, Seto H: «Clinical symptoms and regional cerebral blood flow in schizophrenia». *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995; 246: 7-12.
- ** Yurgelun-Todd DA, Wateraux CM, Cohen BM, Gruber SA, English CD, Renshaw FP: «Functional magnetic resonance imaging of schizophrenic patients and comparison subjects during word production». *Am J Psychiatry.* 1996; 153: 200-205.

III. Evaluación Cognitiva

III.1. Evaluación clínica vs evaluación psicométrica

La evaluación del estado cognitivo es importante ya que una parte sustancial de los pacientes esquizofrénicos presentan déficits cognitivos. La evaluación cognitiva tiene dos aspectos, la evaluación clínica que se deriva de los datos proporcionados por la historia clínica y más concretamente de la exploración psicopatológica, y la evaluación psicométrica. La exploración psicopatológica nos proporciona información sobre el estado de la atención/ concentración, orientación, memoria, lenguaje (expresivo y receptivo), pensamiento abstracto y funciones ejecutivas. La evaluación psicométrica consiste en la aplicación de pruebas neuropsicológicas estandarizadas al objeto de cuantificar los rendimientos cognitivos.

Las causas de las alteraciones cognitivas de la esquizofrenia son complejas y variadas. Es un hecho generalmente aceptado que las alteraciones cognitivas son intrínsecas a la propia enfermedad. Sin embargo, otros factores también están implicados: elementos premórbidos (nivel educativo e intelectual), grado de motivación, tipo de síntomas predominantes (mas deterioro en pacientes con síntomas de desorganización y negativos), cronicidad (mayor deterioro en pacientes crónicos), la institucionalización (debido a la pobreza de estímulos) y el tratamiento (neurolépticos, TEC). Es por lo tanto importante tener en cuenta estos factores cuando se evalúa el estado cognitivo. En muchas ocasiones los síntomas cognitivos están encubiertos o exacerbados por otros síntomas esquizofrénicos hasta tal punto que la evaluación del estado cognitivo ha de hacerse una vez que la sintomatología aguda ha remitido, y mejor aun, durante el periodo de estabilización de la enfermedad.

La evaluación estandarizada de los rendimientos cognitivos no está indicada de manera rutinaria, y no forma parte de las exploraciones complementarias necesarias en la esquizofrenia. Sin embargo, existen situaciones clínicas en las que es conveniente e incluso necesario una evaluación de este tipo. Las principales indicaciones para la realización de una evaluación cognitiva estandarizada son: (1) la estimación del nivel de funcionamiento intelectual actual, (2) el diagnóstico diferencial con trastornos orgánico-cerebrales, (3) la presencia de un deterioro cognitivo clínicamente significativo y (4) el primer episodio de la enfermedad. La evaluación cognitiva en los primeros episodios es muy recomendable ya que además de las indicaciones expuestas anteriormente, sirve como punto de referencia para la evaluación comparativa de la evolución del deterioro cognitivo.

III.2. Evaluación del nivel de funcionamiento intelectual

Un motivo frecuente para evaluar el nivel intelectual es la planificación de un programa de rehabilitación acorde con las capacidades intelectuales del paciente. El conocimiento del nivel intelectual también es importante a la hora de establecer el grado de comprensión e implicación que el paciente puede tener para cualquier otro tipo de terapia.

Los métodos más empleados para evaluar clínicamente el nivel intelectual son la extensión del vocabulario y la capacidad para interpretar proverbios. Ya que el vocabulario está estrechamente relacionado con el nivel educativo premórbido, la interpretación de proverbios parece ser el método

más adecuado para evaluar clínicamente el nivel de funcionamiento intelectual (Nelson, 1994). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que algunos pacientes esquizofrénicos pueden interpretar los proverbios en función de relaciones semánticas idiosincrásicas propias de su trastorno.

El test de funcionamiento intelectual más empleado es el WAIS. Es el test mejor estudiado y el que nos proporciona una medida más completa de la inteligencia, a la vez que se le considera una auténtica prueba neuropsicológica. Sin embargo es poco apropiado para medir el cambio de funcionamiento intelectual en cortos periodos de tiempo debido al efecto del aprendizaje. Las *matrices progresivas de Raven* proporcionan una estimación del CI, que a diferencia del WAIS no depende del nivel previo de conocimiento y es muy útil para medir cambios en el funcionamiento intelectual a lo largo del tiempo (Nelson, 1994).

III.3. Diagnóstico diferencial

El empleo de la neuropsicología en el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastornos mentales orgánicos no es muy útil debido a dos razones. En primer lugar, no existe un perfil de deterioro cognitivo característico de la esquizofrenia. En segundo lugar, se ha descrito que un subgrupo de pacientes esquizofrénicos crónicos puede alcanzar rendimientos cognitivos que están en el rango de los trastornos orgánicos cerebrales (Heaton et al, 1978). Datos como la falta de progresión del deterioro cognitivo, e incluso las oscilaciones de los rendimientos cognitivos sin incremento global con la edad, pueden tener más importancia que la propia evaluación neuropsicológica realizada en un momento determinado.

III.4. Evaluación del deterioro cognitivo

Aunque no existe un acuerdo generalizado, actualmente se admite que en la esquizofrenia existe un deterioro cognitivo global, sobre el que destaca la alteración de tres funciones nucleares: atención, memoria y funciones ejecutivas (Goldberg y Gold, 1995). Basándonos en esta distinción del deterioro cognitivo en la esquizofrenia (global *vs* específico), las pruebas cognitivas que lo evalúan se pueden clasificar en baterías neuropsicológicas (para estudiar el deterioro cognitivo global) y tests de funciones individuales (para estudiar el deterioro de funciones cognitivas específicas).

Las baterías neuropsicológicas van de las más sencillas como el *mini examen cognoscitivo* (MEC, Lobo et al, 1979) hasta muy complejas como las baterías de Luria-Nebraska (Golden, 1981), *Halstead-Reitan* (Reitan y Davison, 1974) y el test Barcelona (Peña-Casanova, 1990). Esta última batería tiene la ventaja de estar estandarizada para nuestro país. Las ventajas e inconvenientes de la aplicación de estas pruebas vienen dadas por su extensión. Así, mientras que el MEC es fácilmente aplicable y puede ser útil para evaluar el cambio, su principal inconveniente es que proporciona una idea demasiado global y a menudo poco fiable del deterioro cognitivo. Por el contrario, las baterías complejas nos proporcionan una información muy detallada del estado cognitivo, pero son difíciles de aplicar en la práctica clínica, y menos apropiadas aun para evaluar el cambio.

El WAIS ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. Esto se basa en que los subtests de información y vocabulario son considerados como un índice relativamente fiable de la inteligencia premórbida y son los que menos se afectan por el deterioro cognitivo (Nelson, 1994).

En una reciente conferencia de consenso sobre los rendimientos cognitivos en la esquizofrenia (Harvey et al, 1997), se recomienda el empleo de una batería que sea a la vez comprensiva y aplicable en un contexto clínico y que incluya la evaluación de 6 funciones cognitivas básicas (a) memoria de trabajo, (b) aprendizaje seriado y memoria diferida, (c) funciones ejecutivas, (d) vigilancia, (e) fluencia verbal y categorial, y (f) velocidad visuo-motora.

III.5. Evaluación de alteraciones cognitivas específicas

En la esquizofrenia se han empleado innumerables tests neuropsicológicos para evaluar los rendimientos cognitivos específicos. Los tests que miden funciones específicas son los más empleados, si bien el número y tipo de funciones cognitivas evaluadas es muy variable. Esta situación se ve complicada por el hecho de que se emplean diferentes tests para evaluar una misma función, y porque a veces a un determinado test se le atribuye la exploración de funciones diferentes (Keefe, 1995). La elección de las pruebas neuropsicológicas aplicadas en la esquizofrenia ha sido en gran medida arbitraria y ha estado en relación a los fines para los que se han empleado (la mayoría en el ámbito de la investigación) y de las funciones cognitivas evaluadas. Hasta la fecha no existe una batería neuropsicológica que se pueda considerar estándar para su aplicación en pacientes esquizofrénicos. Una descripción detallada de otras pruebas cognitivas que han sido utilizadas en la esquizofrenia puede encontrarse en Kolb y Whishaw (1983).

III.5.1. Evaluación de las funciones ejecutivas

Los tests de funciones frontales o ejecutivas son los más empleados en la esquizofrenia. Las funciones ejecutivas se han relacionado con la actividad funcional del lóbulo frontal. El número de test empleados para la evaluación de funciones frontales es muy numeroso (mas de una docena), y han sido empleados en el ámbito de la investigación. Recientemente la investigación en este área se está focalizando al estudio de la relación entre los rendimientos cognitivos frontales y diversos aspectos clínicos, como por ejemplo la relación con síntomas, función laboral, deterioro cognitivo, funcionamiento en la vida cotidiana, predicción del nivel de rehabilitación alcanzable, y de recaídas.

El Test de elección de tarjetas de *Wisconsin* (*Wisconsin Card Sorting Test - WCST*) es con mucho el más empleado, y puede considerarse el instrumento estándar de la evaluación de las funciones frontales en pacientes esquizofrénicos. La finalidad del test es la evaluación de la capacidad de formar categorías abstractas y de cambiar de categorías mediante ensayo-error en función de la información proporcionada. Las puntuaciones de este test se han reducido a tres factores, tanto en muestras mixtas (Sullivan, 1993) como en esquizofrénicos (Cuesta et al, 1995a). Se han descrito tres factores, uno de «perseveración», que mediría como su propio nombre indica la tendencia a la repetición, otro factor de «errores no perseverantes» y un tercero de «estrategia o elección ineficaz». De éstos el primero es el que con mayor probabilidad se podría relacionar con funcionalidad dorsolateral prefrontal (Sullivan, 1993).

Bibliografía

- Cuesta, M.J., Peralta, V., Caro, F. y De Leon, J. (1995a) Schizophrenic syndrome and Wisconsin Card Sorting Test dimensions. *Psychiatry Research*, 58: 45-51.
- * David A.S. and Cutting J.C. The neuropsychology of schizophrenia - Introduction and overview. In: *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Ass. Ltd., Hove, 1994 pp 1-14.
- ** Goldberg TE, Gold JM (1995). Neurocognitive deficits in schizophrenia. En Hirsch y Weinberger (eds), *Schizophrenia*. Oxford, Blackwell Science, pp 146-162.
- Golden CJ (1981). *An standardized version of Luria's neuropsychological tests*. New York, Wiley-Interscience.
- Harvey P, Barak Y, Bourgeois M, Cuesta MJ, David A, David son M, Gallhofer B, Goldberg T, Granholm E, Keefe R, Levander S, Lodgberg B, Mckenna P, Möller H-J, Radat F, Rossi A, Sharma T, Stip E, Tuma I, van der Gaag M (1997). *Optimising cognitive function in patients with schizophrenia. Report from a rund table meeting*. Gardiner-Caldwell Communications, Ltd.
- * Heaton, R.K., Baade, L.E. y Johnson, K.L. Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults. *Psychological Bulletin*, 85: 141-162, 1978.
- *** Keefe RSE (1995). The contribution of neuropsychology to psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 152:6-15.
- Kolb, B. y Whishaw, I.Q. Performance of schizophrenic patients on tests sensitive to left or rifht frontal, temporal and parietal function in neurological patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 435-443, 1983.
- Lezak, M. *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press. New York, 1983.
- Lobo A, Ezquerra J, Gomez FB, Sala JM, Seva A (1979). El Mini Exámen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en los pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7:189-202.
- *** Nelson HE (1994) The assessment of cognitive functioning in clinical practice. En Barnes TRE y Nelson HE (eds) *The assessment of psychoses*. London, Chapman & Hall, pp 85-104.
- Peña-Casanova, J. *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica*. «Test Barcelona». Toray Masson, 1990.
- Reitan RM, Davison LA (1974). *Clinical Neuropsychology: current status and application*. New York, John Wiley and Sons.
- * Sullivan EV, Mathalon DH Zipursky RB et al (1993) Factors of the Wisconsin Card Sorting Test as measures of frontal-lobe dysfunction in schizophrenia and chronic alcoholism. *Psychiatry Research* 46, 175-199.

IV. Evaluación Psicosocial

Los aspectos psicosociales deben ser evaluados en todos los casos, pudiéndose efectuar a través del interrogatorio del paciente y de otros informantes. Cuando sea imprescindible la recomendación de instrumentos, éstos deben cumplir los siguientes requisitos:

- a. Tener establecidas y adecuadamente contrastadas las propiedades psicométricas básicas en la población española.
- b. Tener explicado el nivel de capacitación para su aplicación y corrección.
- c. Ser fácilmente aplicable en la práctica clínica habitual.
- d. Ser aplicable a población esquizofrénica española.
- e. Contemplar la posibilidad de otro informante y la validez de esa información.

IV.1. Evaluación de las discapacidades

El eje II de la CIE-10 está destinado a valorar las discapacidades en relación a las tareas y a las funciones que se espera que realice el individuo en su específica situación socio-cultural.

Una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad como consecuencia de una anomalía, de la manera o con el nivel considerado como normal para un individuo en su situación socio-cultural específica (*Internat. Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, 1983). Las normas y los valores varían de una comunidad a otra y la aceptabilidad de una conducta específica suele ser el resultado de negociaciones entre aquellos implicados.

La medida de discapacidad así entendida, debe de separarse de la valoración psicopatológica. Por ejemplo, oír voces o sentirse perseguido no debe automáticamente llevar a evaluar un cierto grado de discapacidad; sin que por ello pueda olvidarse que la discapacidad debe darse en el contexto de un problema de salud, psíquica en este caso.

En general, todos los instrumentos de medida y evaluación de discapacidades, permiten que el clínico decida sobre el periodo de tiempo que quiere cubrir con la puntuación, dependiendo del objetivo de la misma. Puede referirse al momento en que esté haciendo la evaluación, «actual», el «último mes», «el último año» y «otro periodo (especificar tiempo)».

La discapacidad del paciente en sus áreas específicas de funcionamiento en el periodo de tiempo elegido debe de ser evaluada junto al presumible funcionamiento «de nivel medio» o «normal» de una persona del mismo sexo, de similar edad y de formación y situación cultural parecida.

La información puede obtenerse de tres fuentes: del propio/a paciente, de un informante (generalmente un miembro de la familia) y de un experto o profesional de la salud mental. Cada una de las fuentes tiene sus ventajas e inconvenientes que influyen en la fiabilidad y validez de la evaluación final. Aunque la naturaleza y gravedad de los síntomas pueda influir negativamente, el paciente debe ser siempre interrogado ampliando o confirmando con las otras fuentes, la información aportada.

Por lo que se refiere a los métodos empleados para la recopilación de la información se utilizan tanto cuestionarios autoadministrados, aunque en el caso de pacientes esquizofrénicos no es aconsejable por problemas de infraestimación como resultado de la sintomatología, así como entrevistas personales, prefiriéndose en este caso las entrevistas semiestructuradas por ser el método más flexible.

Las publicaciones científicas recogen diferentes instrumentos que varían en la descripción de los términos para definir los roles sociales o en el número de los mismos, aunque parece existir un cierto consenso sobre las áreas que deben ser incluidas: «cuidado personal» (que abarca higiene personal, la apariencia, alimentación), «funcionamiento ocupacional» (se refiere a las funciones como trabajador, ama de casa, estudiante...), «funcionamiento en la familia» (incluye tanto el rol marital, paternal... como el grado y nivel de participación en actividades de mantenimiento de la casa), «funcionamiento en contexto social más general» (tanto en actividades sociales, relaciones sociales, actividades de ocio). Cada una de estas áreas describe dominios de roles y *estatus*, y a su vez, cada una de estas áreas generales, debe de subdividirse en dominios de conducta más restringidos.

La investigación sobre discapacidades sociales basada en la evaluación de roles y funcionamiento social en población esquizofrénica se considera bastante satisfactoria, dado el grado de acuerdo interobservadores y en los *t-retest*, el grado de validez interna y externa, su capacidad para tener en cuenta el trasfondo socio-cultural del paciente además de mostrarse sensible al cambio.

La CIE-10 propone la utilización de la escala de discapacidad de la OMS en su versión abreviada (DAS-S) (WHO, 1996). Este sencillo instrumento diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por trastornos mentales es una entrevista semiestructurada, donde las puntuaciones deben de estar basadas en el juicio clínico, tras la información obtenida de familias, informantes o documentos clínicos y de la propia observación.

Puede ser administrada por un psiquiatra, un psicólogo clínico u otro profesional de la salud con experiencia previa en valoraciones del comportamiento y que esté familiarizado con el uso del instrumento.

Al valorar las discapacidades el clínico tendrá en cuenta la gravedad y la intensidad, así como la duración. Las puntuaciones incluyen una escala de 6 puntos, donde el - 0 - representa la ausencia de discapacidad y el - 5 -, la discapacidad máxima.

La escala de la OMS (WHO DAS-S) se acompaña de una serie de instrucciones para su correcta utilización, incluyendo una breve definición de los contenidos específicos de las áreas de funcionamiento, un listado de aspectos importantes de discapacidades específicas a tener presentes en la evaluación y puntuación y unas preguntas a modo de guía para la exploración de áreas específicas de funcionamiento.

IV.2. Valoración de las necesidades

Las condiciones en las que se desarrolla la vida del paciente son de obligada exploración, ya que aportan datos imprescindibles para establecer programas de rehabilitación así como las ayudas psicosociales pertinentes, incidiendo todo ello en el pronóstico.

El *Camberwell Assessment of Needs* (CAN) está actualmente en proceso de validación para España.

IV.3. Evaluación de la calidad de vida

La pertinencia de este apartado depende del valor que se estime necesario dar a la vivencia del paciente esquizofrénico en el conjunto de evaluaciones de la enfermedad. Al margen de discusiones teóricas, lo que ya sí está claro en el terreno de la calidad de vida relacionada con la salud, es que se trata de una evaluación del impacto subjetivo que tienen la enfermedad y los tratamientos sobre el paciente tal y como éste expresa dicho impacto.

En cualquier caso la calidad de vida parece afianzarse cada vez más como medida de resultados y es, entre otras cosas, básica para establecer el coste-utilidad de los procedimientos.

Es discutible que en la evaluación de la calidad de vida del paciente esquizofrénico sea una medida fiable el empleo de instrumentos genéricos en la medida que estos están diseñados para población general.

En el campo de los instrumentos específicos los propuestos para los esquizofrénicos pecan, en muchos casos, de sesgos culturales y además suelen incluir datos objetivos con la evaluación subjetiva del paciente, mezclando así aspectos que serían incluibles dentro de lo que es nivel de equipamientos, red social o disponibilidad de recursos con la calidad de vida propiamente dicha.

El desarrollo de un instrumento español específico para la medida de la calidad de vida en el paciente esquizofrénico, que presenta adecuadas propiedades psicométricas en los estudios preliminares puede orientar su elección como instrumento de exploración normalizado de estos aspectos. Dicho instrumento es el «Cuestionario Sevilla de calidad de vida (CSCV) de Giner y cols.» (1996).

El CSCV consta de dos escalas (D y F) que miden respectivamente aspectos «desfavorables» y «favorables» de la calidad de vida del paciente y que se evalúan mediante una escala tipo Likert de cinco posibilidades (desde «completo acuerdo» a «completo desacuerdo»). El cuestionario es autoaplicado aunque el paciente puede ser ayudado a cumplimentarlo.

La escala «D» tiene 46 ítems y la escala «F» 13 ítems.

Las propiedades psicométricas (validez de *constructo*, fiabilidad y sensibilidad al cambio) están demostradas.

También se han empleado otros instrumentos en España. Fundamentalmente los siguientes:

- a. QLS (*Quality of Life Scale*) de Heinrich y cols (1984). La versión española es de Rodríguez Fornells y cols (1992). Es una entrevista semiestructurada con 21 ítems valorados de 0 a 6 puntos. Los ítems incluyen aspectos objetivos y subjetivos y la escala es heteroaplicada.
- b. (QLI) (*Quality of Life Interview- short versión*) de Lehman (1973). La versión española es de Bobes y cols (1995). Es una escala heteroaplicada que mezcla datos objetivos y subjetivos y tiene diez secciones.

Bibliografía

- ** Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. Número monográfico de la Revista Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, vol. 25 (supl. 2) 1997.
- ** Goldmann HH, Skodol AE, Lave TR (1992) Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *Amer. Jour. Psychiatry*, 149, 1148-56.
- *** Janca A, Kastrup M, Katschnig H, et al. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 31, 349-54.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. (1995). A brief Mental Health Outcome Scale. Reliability and validity of the Global Assessment of functioning (GAF). *Brit. J. Psychiatry*, 166:654-659.
- Jong A de, Wiersma D, Lubbe P.M. van der. (1996). Social dysfunction in rehabilitation: classification and assessment. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N.(eds). *Handbook of mental health, economic and health policy. Vol 1; Schizophrenia*. J. Wiley and sons, New York, pp.27-38.
- Katschnig H. (1994). Dissabilities in a multiaxial formulation. En: Mezzich J E, Honda Y, Kastrup M C (ed). *Psychiatric diagnosis: a world perspective*. Springer, New York, pp.191-202.
- *** Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. Wiley, Chichester, 1997.
- López-Ibor JJ (1994). Axial organisation of clinical diagnosis: In: Mezzich J E, Honda Y, Kastrup M C (ed). *Psychiatric diagnosis: a world perspective*. Springer, New York, 175-181.
- Montero I, Bonet A, Puche E, Gómez-Beneyto M. (1988). Adaptación española del DAS II (Disability Assessment Schedule). *Psiquis*, IX, 17-22.
- Morrison RL, Bellack AS (1987). Social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. *Schizoph. Bull.* 13, 715-25.
- *** Organización Mundial de la Salud (1996). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Edición Española*, Meditor, Madrid.
- Phelan M, Wykes T, Goldman H. (1994) Global functioning scales: A review. *Social Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol*, 29, 205-11.
- Platt S, Weyman A, Hirsch SR, Hewett S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 15, 43-55.
- Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. (1989). The life-skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 15: 325-337.
- ** Sartorius N, Janca A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 31:55-69.
- Weissman MM, Shalomskas D, John K. (1981). The assessment of social adjustment. An up-date. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1250-58.
- *** Wiersma D. (1996). Measuring social disabilities in mental health. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 31, 101-108.
- World Health Organization. (1980) *International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDA)* World Health Organization. Ginebra.

V. Factores Ambientales

La evaluación de las circunstancias sociales y familiares del paciente esquizofrénico son relevantes para su cuidado, el establecimiento de estrategias realistas de intervención y la predicción pronóstica del caso.

Su valoración ha de atenerse a los siguientes principios generales:

- a. Determinación de la importancia del cuadro clínico actual.
- b. Determinación de su intensidad y del impacto efectivo sobre la vida del paciente.
- c. Establecimiento de su duración y predicción realista de las posibilidades de modificación.

La valoración de estos factores ha de formar parte de la exploración clínica general del paciente. La existencia de instrumentos estandarizados no obliga a la utilización de los mismos ni exime de su recogida clínica.

V.1. Estrés psicosocial

Hasta la fecha se han publicado más de 15 estudios sistemáticos que analizan de forma específica el efecto del estrés, concretamente el derivado de los acontecimientos de la vida (AV) en la etiología y/o en el curso de la esquizofrenia.

Existe una tendencia generalizada a olvidar acontecimientos que han ocurrido, y obviamente la capacidad para recordar varía entre los individuos. La enfermedad mental interfiere con la capacidad para recordar y esto es particularmente evidente en pacientes esquizofrénicos en fases agudas.

Algunos han intentado subsanar este problema retrasando la entrevista hasta que el paciente esté clínicamente recuperado, pero cuanto mayor sea el intervalo de tiempo transcurrido mayor será el riesgo de distorsión y de olvido. Otros se han apoyado en la figura clave/familiar cercano, para corroborar las respuestas del paciente, pero el problema surge cuando existen discrepancias entre ambos.

Con la intención de minimizar estos sesgos, se propone recoger los AV a través de un inventario, donde previamente se han definido los AV, construyendo un listado de diferentes tipos de AV. Entre los inventarios más conocidos está el desarrollado por Holmes y Rahe (1967) adaptado a nuestro medio por González de Rivera (1983). Se trata de presentar al paciente un listado de AV, escritos o de forma oral, y que éste identifique a aquellos a los que ha sido expuesto en un determinado período de tiempo. Ofrece la ventaja de tratarse de un sistema relativamente rápido y sencillo así como fácilmente cuantificable, pero a su vez tiene la desventaja de ofrecer una tasa cruda completamente divorciada de las circunstancias específicas que rodearon a un determinado caso.

La otra alternativa, es medir los AV a través de entrevistas semiestructuradas, como la desarrollada por Brown y Harris, 1978: *LEDS: Life events and difficulty schedule*, de la que existen muchas modificaciones a la misma y una versión española (I. Gaminde, 1993). En este caso, se van identificando a través de la entrevista, las experiencias recientes y aquellas que cumplan criterios, tras ser discutidas en un panel, se categorizan como «acontecimiento», adscribiéndose una puntuación en función de su gravedad. De esta forma las circunstancias que rodearon al «acontecimiento» quedan recogidas, lo que de alguna forma permite una individualización de las respuestas.

Otro aspecto muy debatido hace referencia al número y calidad de las dimensiones de los AV: cambio, impacto emocional, amenaza, grado de pérdida, así como «intrusismo» dimensión de especial relevancia en relación a la reagudización de la sintomatología psicótica. Y esto último establece una relación potencial con algunos fenómenos subyacentes del *Clima emocional familiar (CEF)*.

La CEF es una medida de calidad de la interacción social entre el paciente y su cuidador; se valora a través de la información verbal y vocal obtenida tras una entrevista semiestructurada, *Camberwell family interview (CFI)*. La entrevista se administra separadamente a cada miembro adulto de la familia que convive con el paciente, aunque para su clasificación se toma en consideración a aquel que alcance la puntuación más elevada. De la entrevista se derivan cinco escalas, siendo tres de ellas, hostilidad, comentarios críticos y sobreimplicación emocional, las que hasta el momento han mostrado una mayor capacidad predictiva.

Tradicionalmente, las escalas se han venido utilizando como categorías: alta CEF y baja CEF, pero el empleo de datos categóricos de esta naturaleza ha sido ampliamente criticado en los últimos años, pero está tan institucionalizado que la mayoría de los estudios continúan empleándolos.

Se ha podido comprobar como la asociación CEF-Recidivas es más potente cuando la CEF es medida durante los episodios agudos de enfermedad, por lo que se recomienda que sea durante la crisis o lo más cercano a ella, el período de elección para su valoración.

Aunque el instrumento con el que se mide la CEF está validado y su fiabilidad está establecida, su aplicación en la práctica clínica se ve muy limitada por el tiempo que consume, 60-90 minutos su administración y otros 90-120 adicionales para su corrección y valoración. De otro lado, la accesibilidad de los profesionales también está limitada al ser necesario un entrenamiento exhaustivo antes de empezar a utilizarse.

En los últimos años ha habido varios intentos de desarrollar otros instrumentos de medida que sin perder capacidad predictiva, fueran más sencillos, accesibles y breves. Algunos se aventuran como alternativas prometedoras, entre ellas, la *Five minute speech sample* una vez resuelva algunos de los problemas psicométricos. La medida de la CEF es sólo un punto de partida de una serie de técnicas que permitan evaluar este tipo de interacciones interpersonales.

V.2. Apoyo social

El apoyo social se viene conceptualizando como un «factor de protección» en la esquizofrenia al interactuar con los acontecimientos vitales estresantes y moderar su impacto.

La principal fuente de apoyo, tanto instrumental como emocional para los sujetos que sufren una esquizofrenia, es la familia, por lo que sus redes sociales son reducidas, dominadas por un familiar clave y con relaciones de dependencia.

Surgen dificultades importantes a la hora de medir el apoyo social ya que, aunque la estructura de la red social es relativamente fácil de valorar, no ocurre lo mismo con la dimensión funcional. Las redes sociales y el apoyo social en los pacientes esquizofrénicos puede ser medido con los mismos instrumentos que se utilizan para valorar estos aspectos en otros problemas, es decir técnicas de mapa, cuestionarios estructurados, observación, instrumentos estandarizados... La valoración debe incluir el análisis de los apoyos reales potenciales y disponibles así como las

limitaciones y dificultades de la red, describiendo los más conflictivos y ambivalentes y los más intensos, que para aquellos que sufren una esquizofrenia suelen coincidir.

La calidad de las interacciones surgidas diariamente es importante al igual que el establecer su cantidad. Desde una vertiente clínica, la descripción del sistema de apoyo puede añadirse a la información proporcionada por la familia: número de miembros que la componen, frecuencia de contactos, así como tipo de interacciones que se producen, de forma que progresivamente se pueda ir dirigiendo el interrogatorio hacia la fuerza e intensidad de la relación, la presencia de un confidente y el grado en que esta cualidad es recíproca.

La entrevista posteriormente se puede dirigir a buscar redes sociales más amplias, amigos, vecinos, compañeros, siendo muy útil preguntar por interacciones sociales recientes, su naturaleza y contexto.

La mayoría de las mediciones de salud y de calidad de vida, incluyen preguntas de apoyo social y de actividades sociales realizando mediciones indirectas de apoyo social.

Como medida específica de apoyo social, una escala pionera fue el índice de Berle. Con posterioridad se han desarrollado otras, algunas de ellas adecuadamente validadas, pero sólo algunas tienen en cuenta la naturaleza compleja y multidimensional del apoyo social (Vázquez, 1997) sin que sea posible, por el momento, encontrar un escala que por su validez y coste-efectividad pueda ser elegida entre todas las propuestas en la literatura.

V.3. Carga familiar

El término carga ha sido acuñado para hacer referencia a la presencia de problemas, dificultades y acontecimientos adversos que afectan a la vida de los familiares de los pacientes psiquiátricos, principalmente esquizofrénicos, como consecuencia de hacerse cargo de su cuidado.

Se contemplan dos aspectos de esta sobrecarga: la «carga objetiva» que es todo tipo de acontecimiento disruptivo que ocurre en la vida familiar en relación a la enfermedad del paciente y que puede ser observable y verificable; y la «carga subjetiva» que responde más a la experiencia de sobrecarga, de algo opresivo o pesado, al sentimiento de sobrellevar una carga.

Han sido varios los instrumentos desarrollados para valorar la carga, siendo quizá los más ampliamente utilizados *Burden of Care Schedule* y el *Social Behaviour Assessment Scale*, aunque pocos han sido utilizados de forma plenamente satisfactoria.

Aunque la tendencia es cada vez mayor a utilizar instrumentos más complejos donde se incluyan los diferentes aspectos derivados del cuidado del paciente, sobrecarga, repercusión emocional, estilo de afrontamiento, grado de satisfacción derivado del papel de cuidador, como el *Experience of caregiving inventory* (ECI), desarrollado recientemente por Szmukler y cols. (1996), algunos se siguen centrando en el nivel de carga subjetiva. En este caso puede valorarse a través del grado de malestar psicológico que produce, por medio de instrumentos autoadministrados como el *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg, 1972) o bien de entrevistas psiquiátricas estructuradas.

Hasta la fecha no han sido suficientemente analizadas las implicaciones de la carga familiar en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

Bibliografía

- Bebbington P, Kuipers E. (1994) The predictive utility of Expressed Emotion in Schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24:707-18.
- Bebbington P, Bowen J, Hirsch S, Kuipers E. (1995) Schizophrenia and psychosocial stress. En: Schizophrenia, Hirsch,SR, Weinberger DR. (eds) Blackwell Science.
- Bulger MW, Wandersman A, Goldman CR. (1993) Burden and gratifications of caregiving: appraisal of parenteral care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63: 255-265.
- Bhugra D. (1993) Social Support networks. En: Principles of Social Psychiatry. Bhugra D, Leff J. (Ed.) Blackwell, Oxford.
- Castillón C, Campo JJ, Linares JL. y cols. (1984) Elaboración de un cuestionario de cambios vitales adaptado a la población española. *Actas Luso-Esp. Neurol.Psiquiatr.* 12(1) 17-26.
- Cornes JM. (1994) El apoyo social: su relevancia en la practica psiquiatrica. *Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna*, 21,6:147-154.
- ** Cornwall PL, Scott J. (1996) Burden of care, psychological distress and satisfacction with sevicees in the relatives of acutely mentally disorderd adults. *Soc. Psychiatry. Psychiatr Epidemiol.* 31: 345-348.
- Creeswell C.M, Kuipers L, Power M.J. (1992) Social networks ans support in long term psychiatric patients. *Psychol. Med.* 22:1019-1026.
- De Las Cuevas C, Benítez M.A. (1997) La sobrecarga de la familia como consecuencia del cuidado de un paciente esquizofrenico. En: *Psiquiatria social y comunitaria (I)*. Rodríguez-Pulido F, Vázquez-Barquero J.L, Pichot P, (coord) ICEPSS, Canarias.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L, (1987) The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit.J. Psychiatry*,150: 285-292.
- Gaminde I, Uria M, Padro D, Querejeta I, Ozamiz A. (1993) Depression in three populations in the Basque Country- A comparison with Britain. *Soc.Psy. Epidemiol. Psychiaty*, 28:243-51.
- *** Goldberg D (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire. *NFER- Nelson*, Windsor.
- * González de Rivera J.L, Morera A, (1983) La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 4:7-11.
- Hardesty J, Falloon I, Shirin K. (1985) The impact of LE, stree and coping on the morbidity of Schizophrenia. En: Falloon, I. (Ed) *Family Management of Schizohrenia*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- * Hirsch S, Cramer P, Bowen J. (1992) The triggering hypothesis of the role of Life Events in Schizophrenia. *Brit.J.Psych*,161(suppl.18) :84-87.
- Hoening J, Hamilton M.W, (1966) The schizophrenic patient in the community and his effects on the household. *Internat. J. Social Psychiatr*,12: 165-176.
- *** Holmes T.H., Rahe R.H. (1967) The social readjustment rating scale. *J.Psychoso. Res.*, 11: 213-18.
- * Kavanagh D.J. (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Brit. J. Psych.*160:601-20.
- Montero I., Ruiz I. (1997) Apoyo social y salud mental. En: *Psiquiatría Social y Comunitaria Ed.:* Rodríguez Pulido. ICEPSS. Canarias.
- ** Montero I. (1997) Clima emocional de la familia y evolución de la esquizofrenia: implicaciones teoricas y practicas. En: *Up-Date Psiquiatria Ed. Vallejo Ruiloba, J. Masson S.A. Barcelona.*
- * Montero I. Ruiz I. (1992) La entrevista Familiar de Camberwell: CFI (Camberwell Family Interview Schedule) *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol.XII*,42: 199-202.
- Morinigo A, Villabolos C, González C y cols. (1993) La red de apoyo social en pacientes esquizofrenicos. Un analisis del apoyo instrumental en pacientes hospitalizados. *Folia Neuropsiquiátrica*, XXVIII, 2, 119-30.
- *** Norman R, Malla A. (1993) Stressfull Life Events and Schizophrenia I: A review of the research. *Brit.J.Psych.* 162:161-66.
- * Platt S. (1985) Measuring the burden of psychiatr illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med*, 15: 383-393.

Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. (1971) Scaling of the life events. Arch.Gen. Psychiatry, 25: 340-47.

Smith J, Birchwood M., Cochrane R., George S. (1993) The need of high and low expressed emotion families: a normative approach. Social Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol., 28; 11-16.

- * Schofield HL, Murphy B, Herrman HE et al. (1997) Family caregiving: measurement of emotional well-being and various aspects of the caregiving role. Psychol. Med. 27:647-657.

Szmukler GI, Burgess P, Herrman H. (1996) Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. Soc Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol. 31:137-48.

Vázquez AJ, Jiménez R. (1994) RULS Escala de Soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. Rev. Psicol. Salud. 6:45-54.

- * Vázquez AJ, García-Boveda RJ. (1997) The Mannheim Interview in social support. Psychometric characteristics of a spanish version. Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol., 32:208-214.

- * Veiel Hof (1990). The Mannheim Interview on Social Support, Reliability an Validity data from three samples. Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 25:250-59.

Vizcarro C, (1987) Escala de acontecimientos vitales PERI modificada. En: Fernández-Ballesteros R. (ed). El Ambiente. Análisis Psicológico. Madrid. Piramide.

VI. Tratamiento de la Esquizofrenia

Principios del Tratamiento y Alternativas

VI.1. Aspectos Generales

En relación al tema que se aborda, parecen ponerse de manifiesto una serie de problemas que influyen de forma determinante a la hora de obtener un máximo beneficio cuando se pretende articular adecuadamente un tratamiento del síndrome esquizofrénico. Así, se considera que los antipsicóticos están indicados para el tratamiento de esta enfermedad, sin perjuicio de que un 25-30 % de pacientes no se beneficie de una manera clara de esta medida. Se han señalado en este sentido como variables importantes, el deficiente cumplimiento de la terapia o la modificación de las posologías pautadas, los tiempos de medicación y la duración de los tratamientos con antipsicóticos, además de revelarse como sustancialmente importantes como variables predictivas de éxito, las condiciones del mismo, en el sentido de tratarse de abordajes en circunstancias habituales o tratarse de ensayos clínicos controlados. Por ello, en un próximo futuro, cobrarán especial interés los estudios observacionales en población esquizofrénica tratada, así como el establecimiento de consensos elaborados por los profesionales sobre tratamiento de la esquizofrenia.

Circunstancias como un cierto escepticismo frente a la eficacia de los psicofármacos, como la negación de la propia enfermedad o el temor ante los eventuales efectos secundarios de las medicaciones, pueden resultar determinantes a la hora de comprender estos problemas, sin entrar a analizar determinadas actitudes sociales, interesadas o no, que generan estados de opinión muy críticos hacia la utilización de psicofármacos en general para tratar las enfermedades mentales, sin que al mismo tiempo proporcionen alternativas eficaces para abordar estas enfermedades.

Se detectan, sin embargo, problemas más relacionados con la prescripción médica, en el sentido de manejo de dosis inapropiadas (sobredosificaciones que causan efectos secundarios importantes en el enfermo y limitan gravemente el desarrollo de una vida en límites de normalidad), de prescripción de neurolépticos no adecuados en función de una estrategia de prevención de recaídas, de recomendar tratamientos excesivamente cortos en el tiempo, etc. Por otra parte, un cierto número de psiquiatras desconocen la magnitud del riesgo de recaída en esta enfermedad, detectándose una tendencia a minusvalorarlo y paralelamente a sobrevalorar el riesgo de efectos secundarios, (Kissling, W, 1991). En este sentido este autor destaca la importancia del acceso a una información actualizada sobre el tema por parte del psiquiatra general y la importancia del establecimiento de protocolos farmacológicos dirigidos a la prevención de recaídas, con especial referencia a la duración de los tratamientos y a las posologías mínimas eficaces.

En todo caso, parece muy importante motivar y educar y para ello hace falta dedicar tiempo al enfermo y su familia, en función de la importancia y necesidad de respetar las condiciones del tratamiento farmacológico. Determinados programas psicoeducacionales se han mostrado extraordinariamente útiles en este sentido.

VI.2. Tratamientos farmacológicos

Se incluyen en este apartado los llamados antipsicóticos (APS) clásicos y los nuevos antipsicóticos o atípicos, además de otros fármacos que han podido resultar útiles en el tratamiento de este

cuadro, casi siempre asociados a fármacos antipsicóticos. Además de los antipsicóticos, otros tratamientos han demostrado ser eficaces en la esquizofrenia, entre ellos, la educación y el apoyo familiar y la realización de programas de tratamiento comunitario asertivo.

VI.2.1. Fármacos antipsicóticos

Los tratamientos para la esquizofrenia han evolucionado ya que esta enfermedad tiene múltiples formas clínicas, que corresponden a distintos sustratos biológicos, y es evidente que un único antipsicótico (o varios que actúen de la misma manera) no puede ser igualmente eficaz en todos los enfermos. Por otra parte, la clínica de la esquizofrenia se modifica a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Los avances en el tratamiento de la esquizofrenia se deben a:

- Una mejor diferenciación de la sintomatología
- Un mejor conocimiento de la neurobiología
- Los nuevos medicamentos
- Los nuevos objetivos

VI.2.1.1. Antipsicóticos clásicos

Son medicamentos utilizados para el tratamiento de las diversas formas de esquizofrenia.

También se utilizan en la manía y cuadros de agitación entre otros.

Los antipsicóticos clásicos se caracterizan por ser antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, aunque también actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos, etc). Además son eficaces frente a la sintomatología productiva y menos en la defectual, producen muchos efectos indeseables y, en general, no son muy bien aceptados por los pacientes.

Son poco eficaces sobre la sintomatología negativa. Al carecer la vía dopaminérgica mesocórtico-prefrontal de autorreceptores dopaminérgicos, estos fármacos no actuarían sobre ella y prácticamente no tendrían eficacia terapéutica sobre los síntomas negativos primarios.

No todos los antipsicóticos clásicos son iguales. Si consideramos su actividad sedativa e incisiva (acción antiesquizofrénica), podemos clasificarlos de más sedativo a menos y de menos incisivo a más de la siguiente manera:

+ SEDATIVOS

Levomepromacina
Tioridacina
Clorpromacina
Flufenacina
Haloperidol
Tioproperacina

+ INCISIVOS

Los de baja potencia precisan ser administrados a altas dosis para lograr el efecto terapéutico deseado, por lo que predomina su acción sedante. Los de alta potencia, en cambio, precisan dosis inferiores y muestran mayores efectos neurológicos.

Existen diferencias en su perfil de acción clínica. El perfil de efectos adversos puede determinar la elección de un antipsicótico con un efecto predominantemente anticolinérgico (por ejemplo tioridazina) o extrapiramidal (por ejemplo haloperidol), según las características del paciente (edad, deterioro intelectual, estado físico).

El efecto sedativo de los antipsicóticos clásicos puede ser interesante para otras indicaciones y así, en pacientes agitados o de elevado nivel de ansiedad, los antipsicóticos de alto poder sedativo (clorpromacina, levopromacina, tioridacina, zuclopentixol) son los fármacos de elección.

VI.2.1.2. Antipsicóticos atípicos

Se han desarrollado una serie de nuevos fármacos antipsicóticos buscando el aumento de la selectividad antidopaminérgica (como sulpiride, amisulpride) o medicamentos que sean antiserotonérgicos y antidopaminérgicos (como clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol, quetiapina y ziprasidona). Estos fármacos se llaman antipsicóticos atípicos y tienen las siguientes características generales:

- Baja incidencia de EPS.
- Incremento de la eficacia.
- Útiles en síntomas negativos.
- Menor incremento de prolactina.

Desde el punto de vista experimental los antipsicóticos atípicos se caracterizan por tener poca capacidad de producir catalepsia pero bloquean potentemente la hiperlocomoción inducida por d-anfetamina, mientras que los antipsicóticos clásicos son equipotentes en ambos modelos.

El bloqueo simultáneo de los receptores DA y 5-HT por los nuevos antipsicóticos se traduce en una acción eficaz tanto sobre los síntomas positivos como sobre los negativos.

Entre las **características** que tienen los nuevos antipsicóticos podríamos enumerar:

- 1) Son eficaces tanto sobre los síntomas positivos como negativos.
- 2) Son eficaces en pacientes resistentes a tratamientos clásicos.
- 3) Son eficaces en las formas agudas y crónicas.
- 4) Producen menos efectos indeseables (afectan menos a la PRL y tienen pocos efectos extrapiramidales y, al parecer, poca incidencia de discinesia tardía).
- 5) Disminuye el riesgo de recaídas.
- 6) La aceptación por parte del pacientes mayor.
- 7) Disminuyen los días de hospitalización y es mejor la integración sociolaboral y familiar.
- 8) Son fármacos de primera elección y no únicamente para casos resistentes.

APS atípicos no selectivos:	- Clozapina	Sedantes
	- Olanzapina	
	- Quetiapina	
	- Risperidona	No sedantes
	- Sertindol	
	- Ziprasidona	

Entre las **indicaciones** más aceptadas de los nuevos antipsicóticos están:

- Tratamiento de pacientes que no toleran otros antipsicóticos.
- Pacientes con predominio de síntomas negativos.
- Pacientes resistentes.
- Pacientes esquizoafectivos.
- Demencia con psicosis.
- Psicosis en enfermedad de Parkinson.
- Misnusvalías psíquicas con psicosis.

VI.2.1.3. Objetivos y eficacia de los fármacos antipsicóticos

Los objetivos del tratamiento antipsicótico tanto con los clásicos como con los atípicos son fundamentalmente:

- El control de los síntomas tanto productivos como defectuales.
- El evitar las recaídas.
- La integración socio-laboral y familiar del paciente esquizofrénico.

Las **estrategias de dosificación** tienen como objetivo el control de los síntomas que facilite el desarrollo de una adecuada vida social y familiar, reducir los efectos adversos, mejorar el cumplimiento de la medicación y reducir los costes de tratamiento. La relativa seguridad de los antipsicóticos depende de cada fármaco, de la dosis y de la vía de administración.

Las **altas dosis** de antipsicóticos clásicos se asociaban con mayores efectos indeseables, cardiotoxicidad y en ocasiones muerte. Lo descrito con Tioridazine es un ejemplo de lo anterior (Mehtonen et al., 1991). No hay datos suficientes en la actualidad, salvo los procedentes de ensayos clínicos, referidos a los nuevos antipsicóticos, a este respecto. La administración parenteral de fármacos bloqueadores alfa-adrenérgicos está vinculada a la producción de hipotensiones peligrosas.

Las **dosis mínimas profilácticas** en esquizofrenia son difíciles de establecer y, al mismo tiempo, son de especial importancia. Se deben tener en cuenta, para facilitar el cumplimiento de la terapia, que se produzcan los mínimos efectos secundarios posibles y que se afecte lo menos posible la capacidad del individuo para llevar tareas a cabo.

Las **dosis bajas** de neurolépticos aumentan el riesgo de recaída (Kane et al, 1983), si bien estos pacientes presentan menos riesgos de discinesia tardía y sus recaídas suelen ser de moderada intensidad. Marder et al. (1987) y Hogarty et al. (1988), recalcan lo mismo. Johnson et al., (1976), consideran que la reducción de la medicación comporta un excesivo riesgo de recaída en este tipo de pacientes. Kreisman, (1988), refiere encontrar mayor tasa de recaídas en el grupo tratado con dosis bajas pero, sin embargo, considera que este grupo presentó mejor ajuste social que el tratado con dosis altas o estándar.

De la misma manera, los **tratamientos intermitentes**, parecen conllevar excesivos riesgos de recaídas, (Carpenter et al.,1990; Jolley et al., 1989 y 1990) y se han fundamentado habitualmente en el abordaje precoz de síntomas que se interpretan como prodrómicos de recaída. Por otra parte, algunos autores señalan mayores riesgos de discinesia tardía en los tratamientos intermitentes, (Levine et al., 1990; Jeste et al.,1979). Se ha observado también, que esquizofrénicos estables que han sufrido una recaída tras la interrupción de la medicación pueden tener muchas dificultades para recuperar los niveles previos de estabilización que presentaban antes de la recaída, (Wyatt RJ, 1991; Ruskin, 1992).

En lo que se refiere específicamente a la **eficacia** de los antipsicóticos, cabría sintetizar la información actualmente existente, de la siguiente manera.

En episodios agudos la respuesta es del 70%-75%, mientras que sólo responden un 25% con placebo. En el tratamiento de mantenimiento las recaídas son de un 20%-25% de aquellos pacientes que están bajo tratamiento antipsicótico, y de un 55% con placebo.

La mayoría de los pacientes deben seguir tratamiento con antipsicóticos durante largos períodos de tiempo. El perfil típico de los pacientes con alto riesgo de recaída se caracteriza por la baja conciencia de enfermedad, gran inquietud al tomar medicación, ánimo expansivo en las recaídas y familias de alta expresividad emocional.

En todo caso, a la hora de considerar si un **tratamiento antipsicótico es eficaz**, debemos establecer las siguientes consideraciones:

En 6 y 8 semanas se sabe si un paciente es un verdadero «no respondedor».

Se necesitan entre 3 a 6 meses para determinar la eficacia global en un «respondedor».

Los niveles plasmáticos de los antipsicóticos, permiten identificar a los no cumplidores o metabolizadores rápidos, a los pacientes con niveles altos y efectos indeseables que se confunden con la psicopatología, pero ello sólo es posible para algunos antipsicóticos.

VI.2.1.4. Efectos indeseables de los antipsicóticos clásicos

- Sedación (cuando no se busca).
- Hipotensión.
- Sequedad de boca.
- Estreñimiento.
- Visión borrosa.
- Retención urinaria.
- Alteraciones cardíacas.
- Reacciones alérgicas.
- Alteraciones hormonales:
 - Disminución de H. sexuales femeninas: alteración del ciclo menstrual.
 - Aumento de la prolactina: galactorrea y ginecomastia.
 - Disminución de la hormona del crecimiento.
- Alteraciones neurológicas:
 - Extrapiramidalismo farmacológico.
 - Acatisia.
 - Reacciones discinéticas agudas.
 - Discinesia tardía.
 - Síndrome neuroléptico maligno.

VI.2.1.5. Efectos indeseables de los antipsicóticos atípicos

Los nuevos antipsicóticos producen menos efectos extrapiramidales, sin embargo, su perfil de otros efectos secundarios parece similar a los neurolépticos clásicos. Cada vez se cuestiona más el empleo de altas dosis de neurolépticos en función de su eficacia clínica y de su seguridad. Además la aplicación intramuscular debe ser evitada en fármacos con actividad antagonista alfa-adrenérgica. En este sentido, la sedación como efecto indeseable, atribuida al antagonismo alfa-1-adrenérgico y posible antagonismo histamínico, es un efecto frecuente en los nuevos antipsicóticos. La hipotensión postural se debe también a un antagonismo de la función alfa-1-adrenérgica y la clozapina, risperidona, melperona, quetiapina y sertindole se comportan en este sentido parecido a las antiguas fenotiacinas, (Lieberman, 1993). De la misma manera, pueden esperarse reacciones adversas anticolinérgicas de fármacos como olanzapina y clozapina. Otro tipo de reacciones adversas como el síndrome neuroléptico maligno, la agranulocitosis, anemia aplásica, miocarditis, etc., que no pueden predecirse, deben ser tenidas en cuenta, incluso cuando empleamos antipsicóticos conocidos.

VI.2.1.6. Aspectos de *Implementación*

Conviene establecer diferentes criterios para episodios agudos o tratamientos a largo plazo, de la misma manera que quizás debiéramos tener en cuenta la circunstancia de que fuera o no un primer episodio.

En episodios agudos para la mayoría de las ocasiones se pretende la instauración de un tratamiento que proporcione el efecto antipsicótico de forma rápida, (vía parenteral, si procediera), dosis única diaria, cierto efecto sedativo inicial, que se produzcan menos efectos neurológicos que los habituales con los antipsicóticos clásicos y buena tolerancia local.

En enfermos crónicos se desea la eficacia en sintomatología defectual, que produzca pocos efectos neurológicos y endocrinos, que haya menor probabilidad de discinesia tardía, facilidad de administración, formulación *depot* con posibilidad de completar con formulación de acción rápida o intermedia, buena tolerancia local, etc.

Los pacientes esquizofrénicos con mucha frecuencia plantean **problemas de cumplimiento de medicación**. El cumplimiento es bajo, especialmente debido a los efectos indeseables de los antipsicóticos clásicos, y esta falta de cumplimiento es la principal causa de recaídas. En aquellos casos en los que se constate un mal cumplimiento es conveniente instaurar medicación *depot* (de acción prolongada) o alternativamente comenzar la utilización de los antipsicóticos atípicos, que en este sentido ofrecen indudables ventajas.

VI.2.1.7. Manejo de los efectos secundarios

Una cuestión interesante es el manejo de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos y así, siempre en el supuesto de que se estuvieran utilizando fármacos adecuados y dosis adecuadas, se recomienda el cambio de la medicación y utilizar antipsicóticos atípicos en casos de bradicinesia persistente y rigidez muscular. En acatisia persistente, se prescribirán benzodiazepinas, propanolol o antipsicóticos atípicos. Ante efectos sexuales o amenorrea, reducir dosis o cambiar el antipsicótico. La aparición de discinesia tardía justificaría el cambio a clozapina u otro atípico, al igual que el desarrollo de un síndrome neuroléptico maligno.

La utilización profiláctica de antiparkinsonianos sólo debe considerarse en aquellos pacientes que toman antipsicóticos típicos de alta potencia, y que presenten antecedentes de cuadros extrapiramidales agudos de manera que pudieran afectar no sólo a la seguridad del paciente sino también al cumplimiento del tratamiento.

Ante las faltas de cumplimiento de medicación debidas a efectos extrapiramidales, está recomendado el cambio de medicación, eligiendo fármacos tipo risperidona, olanzapina, sertindol u otros atípicos. Cuando las faltas de cumplimiento se deben a otras causas, parece razonable pensar en formas *depot* de los medicamentos antipsicóticos.

La elección del antipsicótico ha de hacerse siguiendo criterios de eficiencia y seguridad. Para una mejor prescripción de los mismos debemos considerar los siguientes aspectos:

1. Relacionados con el paciente: historia médica y psiquiátrica, historia familiar, tratamientos previos, cumplimiento.
2. Relacionados con las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de la medicación: efectos secundarios, reacciones adversas medicamentosas, metabolismo.
3. Relacionados con aspectos socioeconómicos: costes directos, costes indirectos.

VI.2.1.8. Otros fármacos

- **Litio** (ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, escasa sintomatología negativa, útil en 30-50% de los pacientes, curso episódico de la enfermedad, antecedentes personales y familiares de trastornos afectivo).
- **Carbamacepina** (impulsividad, agresividad).
- **Acido valproico** (alteraciones E.E.G.).
- **Benzodiacepinas** (ansiedad, agitación psicótica, insomnio, acatisia, signos de atrofia cerebral prefrontal). La utilización de benzodiacepinas en esquizofrenia es una práctica común por parte de los psiquiatras.

En general debemos aceptar que estos fármacos, frecuentemente asociados a antipsicóticos, en casos de deficiente respuesta terapéutica, no se han mostrado más eficaces que la clozapina y que por ello debe reservarse su uso para aquellos casos en que los tratamientos con clozapina o en su caso, por asimilación, con antipsicóticos atípicos, no sean eficaces.

VI.3. Terapia electroconvulsiva

En la actualidad, a pesar de su conocida eficacia y seguridad en el tratamiento de algunas enfermedades psicóticas, la terapia electroconvulsiva continúa siendo un tratamiento de uso limitado, por la controversia social generada en los últimos años, y su aplicación se hace principalmente en los hospitales docentes y privados.

Las dos principales indicaciones que se aceptan en el presente, dentro del campo de los trastornos esquizofrénicos son:

- trastornos catatónicos
- formas agudas de esquizofrenia

Se pueden asumir los siguientes principios y pautas guía del "TASK FORCE" en tratamientos electroconvulsivantes, de la Asociación Americana de Psiquiatría:

En el presente, la TEC se valora generalmente para casos resistentes a los fármacos o casos de intolerancia, particularmente cuando los episodios psicóticos se caracterizan por catatonía o síntomas afectivos o cuando existe historia de respuesta positiva a la TEC. En particular en pacientes jóvenes, pueden existir dificultades para determinar si el episodio es una manifestación de un trastorno afectivo o esquizofrénico. Investigaciones controladas recientes han demostrado que algunos episodios de esquizofrenia responden rápidamente a la TEC, especialmente cuando los síntomas afectivos son prominentes (Taylor y Fleminger 1980; Brandon et al. 1985). Además, recientes comparaciones prospectivas de pacientes semejantes, tratados con fármacos antipsicóticos o TEC, han encontrado resultados equivalentes para los dos (Bagadia et al. 1983, Janakiramaiah et al. 1982). Otros han obtenido buenos resultados con esquizoafectivos o trastornos esquizofreniformes (Tsuang et al. 1979; Ries et al. 1981. Otra área de reciente investigación ha sido la potenciación de la respuesta a la TEC con neurolépticos (Janakiramaiah et al. 1982). Tales datos requieren, por otra parte, corroboración antes de poder sacar conclusiones firmes.

Los casos crónicos, o aquellos sin la presencia de perfiles sintomatológicos favorables, son considerados menos sensibles a la TEC (Salzman 1980; Small 1985), aunque puede obtenerse una eficacia comparable a la de los neurolépticos en tanto exista una psicosis (May 1968). En efecto, la limitación de la TEC a casos refractarios en algunos ensayos clínicos puede tender a estimaciones minimizadas de la eficacia de la TEC en una población más general de esquizofrénicos (Weiner y Coffey 1987).

Bibliografía

- *** American Psychiatric Association: The practice of ECT: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association, Washington DC. A.P.A. Bernardo M, Pigem JR.
- * Bagadia VN, Abhyankar R, Praghan PV. Reevaluation ECT in schizophrenia. *Psychopharmacol Bull*, 10: 550-555. 1983.
- *** TEC y Esquizofrenia. En: Esquizofrenia, entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Bernardo M, Pigem JR, Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. Ediciones en Neurociencias. 105-114. Barcelona. 1995.
- * Brandon S, Cowley P, McDonald C. Leicester ECT Trial: Results in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 146:177-183. 1985.
- * Carpenter WT, Hanlon TE, Heinrichs D, Kikpatrick B, Levine J, Buchanan R. Continuous versus targeted medication in schizophrenic: outcome results patients. *Am J Psychiatry*. 147:1138-1148. 1990.
- * Christison GW, Kirsch DF, Wyatt RJ: When symptoms persist: Choosing among alternative somatic treatments for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 17, 217-245, 1991.
- *** Comité Interhospitalario de Servicios de Psiquiatría (Barcelona): Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales. Masson-Salvat. Barcelona. 1994.
- *** Fink M: Who should get ECT?. En: Coffey C.E. Ed. The Clinical Science of Electroconvulsive Therapy. Progress in Psychiatry. Washington DC. American Psychiatric Press. 1993.
- * Hertzman M: ECT and neuroleptics as Primary Treatment for Schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1992. 31:217-220.
- * Hogarty GE, Ulrich RF, Mussare F, Aristigueta N. Drug discontinuation among long-term successfully maintained schizophrenic outpatients. *Dis Nerv Syst*. 37:494-500. 1976.
- * Janakiramaiah N, Channabasavanna SM, Narasimha AM. ECT and chlorpromazine alone in acutely schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 66: 464-470. 1979.
- * Jolley DY, Hirsch SR, Mc Rink A, Manchanda R. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical outcome at one year. *British Journal Psychiatry*. 298:985-990. 1989.
- * Jolley DY, Hirsch SR, Morrison E, Mc Rink A, Wilson L. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical outcome at two years. *British Journal Psychiatry*. 301:837-842. 1990.
- * Johnson DAW. The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 53:298-301. 1976.
- * Joober R, Bennegadi Z, Olie JP, Loo H: Electroconvulsive therapie et schizophrenie. *L'Encephale*.1991;17:267-272.
- ** Kane J, Rifkin A, Woerner M. Low doses neuroleptic treatment of outpatient schizophrenic. *Archives General Psychiatry*. 40: 893-896. 1983.
- *** Kissling W. Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: proceedings of a consensus conference held. April 19-20, 1989. Bruges (Belgium). Springer-Verlag. 1991.
- * Klapheke MM: Combining ECT and Antipsychotic Agents: Benefits and Risks. *Convulsive Therapy* 1993. 9(4);241-255. Levine J, Carpenter WT, Kirkpatrick B, Summerfelt A, Hanlon T. New clinical drug evaluation meeting. Key Biscayne. 1990.
- * May PHR, Tuma H. Schizophrenia. A follow-up study of results of treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 33:481-486. 1976.
- * Marder SR, Van Putten T, Mintz J, Lebell M, McKenzie J, May PR. Low and conventional dose maintenance therapy with fluphenazine decanoate: two year outcome. *Arch Gen Psychiatr*. 44:518-521. 1987.
- * Mehtonen OP, Aranko K, Mälkonen L, Vaapatalo H. A study of sudden death associated with the use of antipsychotic or antidepressant drugs: 49 cases in Finland. *Acta Psychiatr Scand*. 84:58-64. 1991.
- * Ries RK, Wilson L, Bokan JA. ECT in medication resistance schizoaffective disorder. *Compr Psychiatry*. 22: 167-173. 1981.
- ** Salzman C: The use of ECT in the treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1980; 137:1032-1040.
- ** Taylor P, Fleming JJ: ECT for schizophrenia. *Lancet*. 1980; 1:1380-1383.
- * Tsuang MT, Dempsey GM, Fleming JA. Can ECT prevent premature death and suicide in schizoaffective patients?. *J Affective Disord* 1: 167-171. 1979.
- * Weiner RD, Coffey CE. Indication for use of ECT. En: Frances AJ, Hales RE. Ed. Review of Psychiatry. Vol. 7. Washington DC. American Psychiatric Press. 458-481. 1988.
- * Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 17:325-335. 1991

VII. Tratamientos Psicológicos e Intervenciones Psicosociales

El tratamiento psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para el control de los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, no parece, por el momento, tan eficaz a la hora de disminuir los síntomas residuales cognitivos y los déficits sociales. Además, no supone un remedio eficaz para afrontar los conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa.

Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico.

Las intervenciones psicosociales son una serie de medidas dirigidas a minimizar la vulnerabilidad del paciente a las situaciones de estrés y a reforzar su adaptación y funcionamiento social. Estas intervenciones pueden, por tanto, aportar beneficios adicionales en áreas como la prevención de recaídas, adquisición de habilidades sociales y adecuado funcionamiento social y ocupacional.

Hasta los años 80 se contaba con poca evidencia que sostuviera que los tratamientos psicosociales incidían en el curso de la esquizofrenia. Hoy contamos con estudios que pueden informarnos sobre su eficacia y orientarnos a la hora de integrar las intervenciones psicosociales en los cuidados globales del paciente esquizofrénico.

La elección de un abordaje u otro va a estar determinada tanto por el paciente, su condición clínica, sus necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado.

En la revisión de cada uno de los tratamientos se ha tenido en cuenta, los objetivos, su eficacia, las limitaciones o en su caso los efectos adversos de su aplicación y si existen bases suficientes para recomendar su inclusión en la práctica psiquiátrica cotidiana.

VII.1. Tratamiento Psicoterápico

Aunque el modo de agrupar las diferentes modalidades terapéuticas pueda ser variable, atendiendo a la orientación, al formato, a su encuadre, a su frecuencia o la existencia o ausencia de contrato terapéutico, optamos por agruparlas en función del formato.

VII.1.1. Psicoterapia individual

Bajo este concepto se encuentran una amplia variedad de intervenciones que van desde la psicoterapia orientada al *insight*, hasta las psicoterapias de soporte y apoyo o las terapias cognitivas y conductuales. Sin embargo, históricamente la psicoterapia individual ha hecho referencia especialmente a la **psicoterapia dinámica** que busca incrementar el *insight*, o a la **psicoterapia de apoyo**, cuyo objetivo es la reconstrucción del yo.

Los resultados de los estudios de eficacia son difíciles de interpretar y sus conclusiones escasamente generalizables. Los pocos estudios controlados que existen no apoyan la eficacia de la

psicoterapia individual en la esquizofrenia al no jugar un papel en la reducción sintomatológica, ni conseguir una reducción en la frecuencia de las rehospitalizaciones ni mejorar el ajuste comunitario del paciente esquizofrénico. Incluso algunos sugieren una ocasional nocividad al incrementar el riesgo de recidivas y la posibilidad de prolongar la desorganización psicótica de pacientes en fase aguda (Mueser and Berenbaum, 1990).

Existen algunos hallazgos que sugieren que la psicoterapia de apoyo tiene un impacto en la reducción de la sintomatología y en la tasa de rehospitalizaciones, mejorando el ajuste social y ocupacional de algunos subgrupos de pacientes esquizofrénicos (Hogarth y cols., 1995), siendo por tanto más eficaz que la psicoterapia centrada en el *insight*. De todas formas, la psicoterapia de apoyo es una categoría descrita en términos vagos, que requiere la descripción de su estructura, de sus componentes, así como de las fases de su desarrollo. Para su recomendación en la clínica debe de mostrarse más eficaz que el apoyo y monitorización proporcionado por otro tipo de intervenciones, sean estas parte del manejo de caso como de la supervisión y seguimiento farmacológico.

Terapia Cognitiva

Recientemente se han desarrollado estrategias cognitivas semejantes a las que se desarrollaron inicialmente para el tratamiento cognitivo de la depresión, orientadas a la modificación de síntomas psicóticos, en pacientes refractarios al tratamiento neuroléptico.

En la terapia cognitiva se construye una relación positiva de «empirismo colaborador» entre el paciente y el terapeuta para ayudar al primero a dominar los síntomas positivos. Se centra directamente en la creencia, en el malestar que conlleva y en las evidencias para mantenerla, invitando posteriormente al paciente a considerar otras alternativas y significados. El abordaje cognitivo de las alucinaciones auditivas parte de la hipótesis de que tanto los síntomas como la conducta de los pacientes son con frecuencia secundarios a la creencia de las voces, que tienden a ser bastante estereotipadas e inquietantes.

En general estas técnicas se muestran más eficaces en la reducción de la intensidad y gravedad de los delirios que de las alucinaciones. De todas formas, la mejoría de los síntomas no se ve reflejada en la mejoría de otros aspectos, como los síntomas negativos, el estado de ánimo, ó incluso el ajuste y funcionamiento social, lo que limita su efectividad.

Aunque los resultados hasta el momento son esperanzadores, se precisa de estudios de réplica, con un mayor volumen de pacientes tratados en diferentes estructuras asistenciales y con controles adecuados antes de poder llegar a conclusiones definitivas.

VII.1.2. Psicoterapia de grupo

Como en la psicoterapia individual, una variedad de modelos pueden desarrollarse bajo el formato grupal, incluyendo abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como también terapias de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda.

Una clasificación operativa simple de las psicoterapias grupales más clásicas, clasifica las intervenciones en tres grandes grupos. El primero, los «orientados a la interacción», tiene como principal objetivo mejorar la capacidad de los pacientes para relacionarse mejor con los

otros, a través del aquí y ahora de la interacción de los miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas personales y sus posibles soluciones.

En el segundo grupo, «orientado al *insight*» el principal objetivo es mejorar el autoconocimiento del paciente a través de la exploración de los aspectos evolutivos y dinámicos mediante técnicas de desvelamiento e interpretación de la transferencia.

Los datos sugieren que los grupos «orientados a la interacción» se muestran más efectivos que los «orientados al *insight*» en la psicoterapia de grupo de pacientes esquizofrénicos.

La tendencia actual de las psicoterapias de grupo utilizadas en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos camina hacia enfoques integradores y eclécticos, con modelos globales de estos trastornos y con formatos grupales diversos, adaptados a las características de los pacientes, con objetivos terapéuticos concretos.

Las terapias de grupo juegan un papel importante en los programas asistenciales de la esquizofrenia, introduciendo factores que facilitan el tratamiento de estos pacientes: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo.

Clásicamente se han venido separando aquellas psicoterapias desarrolladas en el medio intrahospitalario de aquellas otras llevadas a cabo en un ambiente ambulatorio. En pacientes hospitalizados la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica no ha mostrado ser más eficaz que otros abordajes, incluso algunos señalan el riesgo de exponer a pacientes agudos y desorganizados a una multitud de estímulos potencialmente intrusivos y a la confrontación. En cambio, los grupos «orientados a la interacción», son útiles para ayudar al paciente al manejo de los síntomas, a iniciar y practicar a relacionarse en un ambiente controlado y a desarrollar estrategias de alianza terapéutica con el equipo tratante, siendo los resultados en el 67% de los casos, significativamente mejores que cuando el tratamiento se llevaba a cabo sin psicoterapia de grupo.

Generalmente han sido diseñadas y utilizadas para formar parte del tratamiento de la esquizofrenia en la comunidad o en unidades de media y larga estancia. Existe poca información sobre su aplicación sistemática en unidades psiquiátricas de corta estancia, aunque en aquellos centros donde ha sido aplicado lo valoran especialmente útil, por posibilitar un marco de contención y acogida, así como proporcionar un observatorio privilegiado de conductas que facilitan el diagnóstico.

Los grupos psicoterápicos ambulatorios no parecen mostrar un efecto consistente en la reducción de la psicopatología ni en la frecuencia ni en el número de reingresos. En cambio sí parecen tener un efecto positivo en pacientes pobremente socializados, posiblemente como consecuencia del efecto de pertenencia al grupo. Y una ventaja adicional es que al tratarse de sesiones frecuentes y regulares, y no limitadas en el tiempo, permiten la monitorización de la sintomatología.

Las psicoterapias grupales utilizan diferentes técnicas, desde abordajes conductuales muy estructurados hasta abordajes de apoyo y poco estructurados. Pacientes con buen nivel de ajuste social y recuperación moderada o total de sus funciones cognitivas, podrían beneficiarse de una terapia grupal de tipo interaccional, de orientación analítica, ya que su objetivo sería el de acelerar su integración social y ocupacional a través de una comprensión en profundidad de sus rela-

ciones con los otros, utilizando para ello el microcosmos del grupo pequeño. Por el contrario, los esquizofrénicos más crónicos, y con peor ajuste pueden verse sobreestimulados en la confrontación interpersonal. Esta población puede beneficiarse más de un enfoque cognitivo y de modificación de conducta, más estructurado, de apoyo... Aquí, los pacientes, a través de técnicas sencillas, como de refuerzos sociales y generalización a situaciones de la vida real, pueden aprender formas de comunicación, de resolución de problemas y de relaciones interpersonales.

VII.1.3. Intervenciones familiares

Un principio ampliamente aceptado es que las familias desempeñan el papel de cuidadoras y que por lo tanto se pueden beneficiar de la información, del apoyo y de la ayuda, así como de un entrenamiento específico para el manejo de situaciones concretas derivadas de la convivencia con el paciente esquizofrénico. En nuestro medio la familia es el lugar natural de convivencia, por lo que ésta se convierte en un apoyo fundamental en la recuperación y rehabilitación del enfermo mental.

En los últimos años se han llevado a cabo varios estudios sobre programas psicoeducativos en familias de pacientes esquizofrénicos, que en general han mostrado tener un impacto positivo en la prevención de recaídas psicóticas. Los primeros estudios surgen para confirmar la hipótesis de la influencia del clima emocional familiar en la evolución del trastorno. Posteriormente, se han llevado a cabo otros estudios controlados que ponen de manifiesto la eficacia de las intervenciones familiares, junto con la utilización de dosis óptimas de medicación neuroléptica, en la reducción de las recidivas psicóticas, en el funcionamiento familiar y en el ajuste social del paciente, no habiéndose puesto de manifiesto efectos adversos de los mismos. (Mari JJ, Striner D, 1996).

De todas formas conviene señalar que aquellas modalidades donde el paciente está presente deben de postponerse hasta que el paciente esté en condiciones de procesar información, evitando sesiones familiares estresantes donde el enfermo pueda verse sobreestimulado.

Este tipo de intervenciones se aparta de las terapias familiares que les dieron origen, al no considerar a la familia implicada etiológicamente, poniendo el acento en la carga que resulta para la familia la convivencia diaria con una persona afectada de esquizofrenia.

Los programas tienen elementos comunes, de hecho todas las intervenciones combinan la información acerca de la enfermedad, con algún tipo de abordaje de resolución de problemas más o menos estructurado, y el apoyo que proporciona el propio medio terapéutico, pero de hecho varían ampliamente y tienen diferentes formatos que van desde aquellos que incluyen al paciente y a la familia como una unidad familiar hasta otros que están destinados a grupos de familiares, pero no se ha demostrado todavía la superioridad de una modalidad terapéutica sobre otra. Sin embargo, las revisiones sistemáticas permiten concluir que los programas educativos breves tienen un efecto significativo pero limitado sobre las actitudes de los familiares siendo el beneficio general muy escaso.

Queda por confirmar su efectividad en condiciones clínicas cotidianas, donde ya parece detectarse un número importante de pacientes y familias que no se adhieren al tratamiento. Con el fin de minimizar su número se proponen diferentes estrategias, entre ellas la de iniciar la intervención tras una situación de crisis cuando el grado de motivación puede ser mayor, así como también el que las sesiones iniciales se lleven a cabo en el domicilio del paciente.

Este tipo de intervenciones debe ofertarse como un conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado multidimensional del paciente esquizofrénico, conjuntamente y de forma integrada, con el tratamiento farmacológico y el seguimiento psiquiátrico, debiéndose iniciar lo antes posible, aunque puede estar indicada en fases posteriores del proceso. La diversidad de características familiares y de los pacientes y sus diferentes necesidades y preferencias hacen necesario ser flexible a la hora de ofertar una intervención familiar.

VII.1.4. Rehabilitación

La rehabilitación psiquiátrica empezó en los hospitales psiquiátricos, pero en gran medida fue desarrollada por el cambio de la «psiquiatría institucional» a la «psiquiatría comunitaria». Dentro del hospital psiquiátrico, la rehabilitación consistía en enseñar a los pacientes las habilidades necesarias para establecerse en la comunidad. Actualmente, lo que se necesita es un enfoque integrado que combine la rehabilitación y los cuidados en la comunidad.

La rehabilitación psicosocial es un conjunto de métodos con el objetivo de conseguir el máximo de funcionamiento social y minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental, por lo tanto, la esencia de la rehabilitación psiquiátrica en la esquizofrenia es la readaptación o el desarrollo de nuevas habilidades para compensar las incapacidades.

VII.1.4.1. Tratamiento de los déficits cognitivos y síntomas residuales

Los déficits cognitivos son frecuentes entre los pacientes que sufren una esquizofrenia; entre ellos, la distraibilidad, los déficits de memoria, la reducción de la capacidad de atención y de concentración, las dificultades en la planificación y en la toma de decisiones. Un aspecto ampliamente aceptado es que estos déficits específicos son los responsables, al menos en parte, de las habilidades sociales deficitarias. Y esta premisa es la que ha revitalizado la búsqueda de estrategias cognitivas rehabilitadoras, dando paso a diferentes programas, también conocidos como «rehabilitación cognitiva».

Los resultados parecen esperanzadores, aunque no se dispone por el momento de estudios bien diseñados que demuestren su eficacia.

De todas formas ya se detectan limitaciones importantes de estas técnicas: de un lado, la mayoría de los programas centran su diseño en un dominio específico, lo que no corresponde al amplio rango de déficits cognitivos característicos de la esquizofrenia. De otro, no existen programas sistemáticos que consigan establecer si la rehabilitación cognitiva es generalizable a niveles de funcionamiento más complejos, siendo escaso el apoyo, por el momento, a la hipótesis de si un incremento en el nivel de funcionamiento cognitivo provoca de forma concomitante, una mejoría en la adquisición de habilidades sociales o del funcionamiento social del paciente.

La falta de confirmación de su eficacia, el elevado coste, dado que en la mayoría de programas se plantean como abordajes individuales, y el hecho de ser técnicas recientes sometidas a frecuentes modificaciones, hacen que sea prematuro recomendar su inclusión en la práctica clínica diaria.

VII.1.4.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Este apartado está centrado en remediar las incapacidades específicas del funcionamiento social del paciente. Son abordajes muy estructurados, orientados a enseñar sistemáticamente conductas y destrezas claves para la interacción social, a través del modelado, juego de roles, *feed-back*, técnicas de refuerzo y asignación de tareas destinadas a practicar la habilidad fuera de la sesión.

La mayoría se realizan en grupo, pero pueden desarrollarse individualmente.

Existen diferentes modelos: de enseñanza de habilidades sociales básicas, modelo de resolución de problemas y de focalización de atención.

De los estudios controlados se desprende en primer lugar que los pacientes esquizofrénicos son capaces de aprender nuevas habilidades sociales; en segundo lugar, que la mejoría detectada en las habilidades sociales se asocia a la terapia. Y en tercer lugar, que el entrenamiento en habilidades sociales no son más eficaces que los controles para retrasar la aparición de recidivas. Respecto a la capacidad de reducción de la sintomatología psicótica, los datos no son concordantes, aunque se puede concluir que cuando se detecta una mejoría sintomatológica ésta está limitada en el tiempo y restringida sólo a determinadas categorías de síntomas.

Una de las limitaciones importantes es que lo aprendido no siempre se generaliza, es decir no se extiende el efecto de lo aprendido a conductas en el medio social natural, y por lo tanto no se traduce en una mejora en el funcionamiento en la comunidad. Se han propuesto diversas estrategias para facilitar su generalización.

Es recomendable mantener el entrenamiento continuado y con menor intensidad, o sesiones de afrontamiento periódicas durante períodos prolongados, o incluso la combinación de ambas estrategias, con el fin de mantener los beneficios y aprender nuevas habilidades.

Los datos actuales parecen apoyar una mejor respuesta cuando estos abordajes se llevan a cabo de forma integrada, sobre todo con las intervenciones familiares.

VII.1.4.3. Rehabilitación ocupacional

Durante los últimos años ha habido un aumento del interés respecto a la rehabilitación ocupacional de los pacientes esquizofrénicos. Actualmente existen diversos abordajes que difieren en el modelo específico pero comparten un objetivo común, el de conseguir el máximo nivel de funcionamiento y ajuste ocupacional para un paciente concreto.

No hay datos que apoyen la relación entre terapia ocupacional intrahospitalaria y un mejor ajuste laboral posterior. Es más, algunos plantean el riesgo de potenciar la dependencia institucional.

En general los programas ocupacionales pueden clasificarse en dos grandes grupos. En primer lugar están aquellos que proporcionan empleo a minusválidos psíquicos. Incluyen una

gama entera de trabajos competitivos y protegidos. Y en segundo lugar tenemos aquellos programas que promueven la integración del paciente en el mercado laboral. Éstos pueden incluir orientación vocacional, entrenamiento y clubes de trabajo. Otros programas están a mitad de camino entre ambos grupos, situándose más cerca de la promoción o de la provisión dependiendo de factores individuales y de recursos y orientación asistencial.

Aunque se han venido desarrollando y poniendo en práctica diversos programas basados en los diferentes modelos de terapia ocupacional, no es posible, por el momento, recomendar uno específico. La mayoría consigue sus objetivos pero por períodos relativamente cortos de tiempo, precisándose de estudios de seguimiento para valorar su impacto a más largo plazo.

Los talleres protegidos proporcionan un ambiente estructurado, con jornadas cortas y tareas sencillas, siendo su indicación los pacientes muy incapacitados y por períodos largos de tiempo. También como una etapa dentro de un *continuum* de rehabilitación para muchos pacientes esquizofrénicos, pero con frecuencia no consiguen ayudar a progresar hacia un trabajo más competitivo.

Para pacientes no institucionalizados, sin grandes déficits y con historia ocupacional previa, se viene proponiendo un modelo de «trabajo protegido», según el cual, tras un período relativamente breve, el paciente pasaría a desempeñar un trabajo remunerado en la comunidad. Este abordaje suele requerir una colaboración con empresas previamente seleccionadas. Algunos estudios sugieren que la eficacia de este método puede verse reforzada si queda integrado en un programa de cuidados comunitarios más amplio.

Otras alternativas como el «club de trabajo» pueden resultar beneficiosas para pacientes que han demostrado su capacidad para soportar las demandas del ambiente laboral, pero precisan de orientación y ayuda para encontrar empleo de acuerdo a sus intereses y capacidades. Esta modalidad ofrece además de ayuda práctica, entrenamiento específico en aspectos tales como la solicitud de empleo o el desarrollo y mantenimiento de una entrevista de trabajo.

Algunas de estas experiencias han mostrado su eficacia, pudiendo ser muy beneficiosas para los pacientes, debiéndose plantear individualmente y con la flexibilidad necesaria para poderse adaptar de acuerdo a las cambiantes necesidades de los pacientes a lo largo de sus vidas. De todas formas, los datos son preliminares y requieren más estudio y réplica.

VII.2. Case Management

Tienen como objetivo fundamental la coordinación y planificación de un modo individualizado de las actividades que se realizan para proveer de una atención integral a los enfermos mentales crónicos y gravemente incapacitados.

Se han desarrollado diferentes modelos que incluyen los centrados en el caso entre cuyas tareas se encuentra el control de la adherencia al tratamiento y el control de tratamientos protocolizados, las entrevistas de apoyo y asesoramiento, la actividad psicoeducativa y control de las condiciones de alojamiento, los centrados en el entorno, entre cuyas tareas cabe distinguir la coordinación entre los dispositivos, la consulta con la familia o el personal cuidador...como aquellos orientados a garantizar la atención en la crisis.

La mayoría de los programas han mostrado su eficacia sobre todo en la reducción de ingresos hospitalarios y en una disminución del número de días de hospitalización. Lo que resulta prematuro es la elección del tipo de modelo a proponer, que va a depender más de las necesidades y de los recursos que se disponga, que de los datos existentes sobre la efectividad comparativa entre los diferentes programas. De hecho, los escasos estudios que comparan distintas modalidades de servicios son poco consistentes, probablemente debido a problemas metodológicos derivados de los diferentes diseños.

Se propone como pieza clave para el correcto aprovechamiento de redes complejas de atención a enfermos mentales crónicos sobre todo en grandes núcleos urbanos. Pueden surgir problemas cuando se desarrollan programas de *case management* sin que existan los servicios y recursos asistenciales necesarios para los cuidados adecuados del paciente.

VII.2.3. Grupos de autoayuda

Cada vez más el paciente y su familia toma una posición más activa en el proceso terapéutico. Los grupos de autoayuda tienen como objetivo influir en la planificación del tratamiento y el que éste se lleve a cabo, ser menos dependientes de los profesionales, disminuir el estigma social asociado a la enfermedad mental y buscar ayudas para mejorar la asistencia y la investigación de la enfermedad mental.

Aunque se pueden diferenciar tres categorías, en nuestro medio la más extendida es la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, integrada por familiares, y cuyos objetivos incluyen el incremento de la calidad de los servicios prestados, la información y orientación práctica para el manejo del paciente en casa así como el conseguir recursos, sobre todo sociales.

La Organización de Pacientes, es una organización independiente, centrada en el propio paciente y cuyo objetivo principal es la defensa de los derechos del paciente en la selección del tratamiento, incluido el rechazo a cualquier tipo de tratamiento.

Y los Grupos de Autoayuda, propiamente dichos, que siguen una metodología educativa, integrando elementos cognitivos y cuya eficacia está por establecer.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que proporcionar ayuda a las familias e involucrarlas en los servicios, se asocia a mejores resultados en el proceso terapéutico.

En algunos casos se advierte sobre potenciales efectos adversos, al poder rechazar un paciente un determinado tipo de tratamiento, que puede ser el de elección en ese momento.

VII.3. Dispositivos asistenciales

Los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento en diferentes ámbitos asistenciales. La red asistencial debe contar con lugares o «escenarios» diferenciados para poder hacer una oferta de prestaciones diversificada e integrada. La elección de éstos va a depender de la condición clínica del paciente y de las demandas del plan terapéutico, así como de las características de los recursos disponibles, muy dispares entre las diferentes zonas, dado que en el proceso de desinstitucionalización encontramos modos de entender, de organizar y de actuar, diferentes según las diversas comunidades autónomas, por lo que no es posible su generalización.

Centros de Salud Mental

Los centros de salud mental se encargan del seguimiento de pacientes crónicos y de la correcta identificación y tratamiento de los nuevos pacientes esquizofrénicos. En muchas comunidades además del tratamiento en régimen ambulatorio les corresponde la programación y control global de la atención de los pacientes psicóticos, encargándose de la atención domiciliaria, y aplicando programas especiales de atención comunitaria.

Hospital

La hospitalización continúa siendo un paso casi inevitable en la evolución de los pacientes esquizofrénicos; son infrecuentes los casos en los que el paciente puede resolver todas las crisis ambulatoriamente sin precisar nunca el ingreso.

El hospital tiene la ventaja de proveer de un ambiente seguro, estructurado y supervisado ofreciendo la posibilidad de observar y monitorizar los síntomas y su gravedad, el nivel de funcionamiento, la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

Entre las razones para hospitalizar a un paciente esquizofrénico están el peligro de que éste se lesione a sí mismo o a los demás, el rechazo a proporcionarse o a que le proporcionen cuidados básicos o la necesidad de realizar exploraciones o tratamientos especiales difícilmente aplicables en otro tipo de alternativa asistencial. Cuando un paciente suponga un riesgo para él mismo o para los demás y rechace su hospitalización será necesario recurrir a un ingreso involuntario.

Ante la decisión de un ingreso hay que sopesar los riesgos y beneficios de la hospitalización frente al tratamiento ambulatorio, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación clínica y social del paciente, su nivel de ajuste familiar, apoyos sociales y recursos terapéuticos disponibles en la comunidad, así como las preferencias del paciente y de su familia, en el caso de disponer de ella.

Los estudios que evalúan la eficacia de los cuidados hospitalarios se pueden categorizar en tres grupos: aquellos centrados en la evaluación de los programas desarrollados en el medio hospitalario; los estudios que comparan tiempos de estancia y aquellos otros que comparan el tratamiento hospitalario con otras formas alternativas de cuidados.

Poco se conoce sobre la eficacia de los diferentes programas de tratamiento intrahospitalario. De todas formas, y dado que el objetivo principal de una hospitalización en fase aguda es la rápida resolución de la sintomatología en un ambiente seguro y protegido, el clima asistencial debe ser organizado de forma tal que facilite al paciente alcanzar su objetivo lo antes posible.

Por lo que respecta a la duración de la estancia hospitalaria, el conjunto de los estudios sugiere que los cuidados hospitalarios breves obtienen buenos resultados al alta del paciente, aunque el mantenimiento de los mismos está asociado a la provisión de servicios tras el alta.

¿Hasta que punto puede reducirse la estancia hospitalaria sin que exista un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes? Este punto no parece aun contestado en la literatura. En cambio, sí parece existir un consenso respecto a que los ingresos prolongados no añaden beneficios ni en la sintomatología ni en el ajuste social, con una tendencia cada vez más generalizada a aceptar que las estancias hospitalarias prolongadas no parecen tener lugar en la provisión de cuidados rutinarios al paciente esquizofrénico.

Las estancias breves están especialmente indicadas en pacientes esquizofrénicos cuyos síntomas responden rápidamente a la medicación neuroléptica, que muestren una capacidad de adherencia al plan terapéutico de seguimiento y donde se disponga de los recursos asistenciales necesarios para la continuación de su tratamiento.

En cambio, de estancias prolongadas pueden beneficiarse pacientes que no responden a los tratamientos o con mala respuesta a los mismos, en un ambiente altamente estructurado y con desarrollo de programas específicos.

Hospital de Día

Los hospitales de día suponen una alternativa al tratamiento hospitalario en pacientes esquizofrénicos en fase aguda, así como también en pacientes en fase de estabilización tras un ingreso breve.

Algunos estudios controlados informan que esta modalidad asistencial puede ser igual o más efectiva que el tratamiento intrahospitalario al alcanzar tasas más bajas de readmisión hospitalaria, tener mayor impacto en la sintomatología y sobre todo en los niveles de funcionamiento social.

La indicación más frecuente suele ser en pacientes con respuesta rápida al tratamiento tras un breve ingreso hospitalario, que muestren una mínima capacidad para cooperar en el tratamiento y que cuenten con algún recurso, familiar o comunitario, que facilite su cuidado.

Unidades o Centros de Rehabilitación (Centro de Día)

Dispositivo destinado a la rehabilitación y adquisición de hábitos sociales en pacientes crónicos, mal ajustados, en fase de estabilización de su enfermedad.

Los centros de rehabilitación, en jornada continuada de día, ofrecen tratamiento fundamentalmente rehabilitador, con énfasis en actividades recreativas y ocupacionales, con programas que no suelen estar limitados en el tiempo. En general los datos sugieren que los pacientes que han seguido tratamiento obtienen mejores resultados sobre todo en niveles de funcionamiento y ajuste social, que aquellos otros que siguen tratamiento ambulatorio tradicional.

Se han descrito efectos indeseables, con algunos subgrupos de pacientes, como aquellos que muestran un nivel elevado de ansiedad, con tendencia al aislamiento y con retardo psicomotor, cuando los programas rehabilitadores son intensivos, estando expuestos a un mayor riesgo de recaídas psicóticas.

Estructuras Alternativas Intermedias

Se trata de un conjunto de dispositivos distintos que se configuran como espacios de convivencia y lugares de vida que dan soporte y acogimiento necesario para evitar el desamparo, pero al mismo tiempo, se organizan con el propósito de promover las interacciones con el entorno.

Estas estructuras intermedias se agrupan en distintos tipos y modalidades que establecen objetivos diferenciados. En general, su clasificación se ordena según el tipo de cobertura que prestan, las características de su organización y la forma de sus intervenciones.

Esta modalidad de estructuras es necesaria para completar los procesos de superación de los hospitales psiquiátricos y facilitar el paso de una institución total a vivir en la comunidad. Pero

son, así mismo, útiles para muchos pacientes esquizofrénicos con trastornos persistentes, para los que no son suficientes una respuesta médica ni hospitalaria puntual.

Para ser eficaces tienen que estar integrados en la red de servicios de salud mental y no quedar limitados a un espacio separado, con funciones de «descarga»; así mismo deben de tener una fácil interacción con el entorno, evitando reproducir rutinas de asilo.

Servicios de Apoyo Social

Por lo que respecta a los servicios de apoyo social, para la integración social del enfermo mental crónico, su desarrollo es siempre relativo al contexto territorial y temporal., por lo que existen diferencias importantes entre las distintas comunidades autónomas.

Podemos agruparlos en:

- a. Área residencial: con diferentes niveles de apoyo y protección; como los «pisos protegidos» y los hogares, residencias ó familias sustitutas para un grupo de pacientes.
- b. Estructuras ocupacionales y laborales: talleres y centros ocupacionales de empleo normalizado, programas de formación profesional, centros de empleo, programa de apoyo y empresas sociales.
- c. Estructuras de apoyo a las actividades de ocio y resocialización, como centros sociales, para pacientes con mayores dificultades de acceso a recursos normales, ofreciendo un lugar de encuentro y socialización y mecanismos de apoyo en la permanencia en la comunidad.

Bibliografía

- Albaiges LL, Isern Sitja LL. (1988). La integración de la salud mental en la asistencia primaria. *Atención Primaria*, 5, 68-73.
- Alanen Y. (1997) Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. Karnac Books, London.
- Almenar F, Gómez-Beneyto M, Sanjuan L y cols. (1988). Asistencia psiquiátrica ambulatoria en Seguridad Social. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* VIII, 205-217.
- *** American Psychiatric Association (1997). Practical Guideline for the treatment of patients with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154 (4) Suppl.: 1-63.
- Anderson J, Adams C. (1996). Family Interventions in schizophrenia. An effective but underused treatment. *British Medical Journal*. Edit: 505.
- Baker F, Intagliata J. (1992). Case management. In: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Edited by Liberman R P. Boston, Allyn & Bacon, pp 213-243.
- Becker D, Drake RE. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health J.* 30: 193-206.
- *** Bellack A, Mueser K. (1993). Psychological treatment for schizophrenia. *Schizophr. Bull.*19, 317-36.
- Bellack A. (1992). Cognitive rehabilitation for Schizophrenia. It is possible? It is necessary? *Schizophr. Bull.* 18, 43-50.
- *** Benton MK, Schroedere HE (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 741-47.
- Birchwood M, Tarrrier N (1995). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Edit. Ariel Barcelona.
- Bond GR (1992). Vocational rehabilitation. In: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Edited by Liberman R P Needham Heights, Mass, Allyn and Bacon, pp.244-275.
- Bravo MF. (1997). La prevención terciaria y la salud mental. En: *Psiquiatría Social y Comunitaria (I)*. Rodríguez-Pulido F, Vázquez-Barquero JL, Desviat M. (coord.) Cap. 35 pp 781-794, ICEPSS edit. Canarias.
- Brenner HD, Hodel V, Roder V, Corrigan P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in Schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 18:21-26.
- *** Brenner HD, Hodel V, Genner R, Roder V, Corrigan PW. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: implications for treatment. *Br. J. Psychiatry*, 16, Suppl 18, 19-29.
- Budson RD. (1990). Models of supportive living: community residential care. In: *Handbook of Schizophrenia*, vol 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Edited by Herz MI, Keith S J, Docherty J P. New York, Elsevier, pp 317-338.
- Burns BJ, SANTOS AB (1995). Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr. Serv*, 46:669-675.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z, Rutishauser C. (1992). The pilot project "Soteria Berne": clinical experiences and results. *Br. J. Psychiatry*, 161 (suppl 18): 145-153.
- Collins EJ, Munroe-Blum H. (1995). Integración de los tratamientos farmacológicos y psicosociales en la esquizofrenia. En: *Aspectos actuales en el tratamiento de la Esquizofrenia*. Suviqi Ch, Nasrallah H A (edit.). Cap. 33 pp:875-895. Madrid, Edit. Médicos.
- Corrigan PW. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: A metaanalysis. *Journal of Behaviour Therapy and experimental Psychiatry*, 22: 203-210.
- Chadwick P, Birchwood M. (1994). Challenging the omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164: 190-201.
- Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Franks D, Polley R, Lancashire S, Saleem P, Tomenson B. (1991). Randomised controlled trial of day and in-patient psychiatric treatment, 2: comparison of two hospitals. *Br J Psychiatry*, 158:183-189.
- Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. (1995). Effects of social skill training and social millien treatment on symptoms of schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry*, 46: 376-80.
- Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. (1994). Rehabilitative day treatment vs supported employment: vocational outcomes. *Community Ment Health J*, 30:519-532.

- Duran E, Blanes T. (1991). Spain: Democracy followed by Devolution. En: Psychiatry around the World. Appelvi L, Araya R (edit) Gaskell Public. Royal College of Psychiatrists, London.
- Falloon I, Boyd JL, McGill CW et al. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two year logitudinal study. Arch. Gen Psychiatry, 42: 887-896.
- Farre JM. (1992). Esquizofrenia: de los modelos psicosociales a la rehabilitación cognitivo-conductual. En: Esquizofrenia, entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P (edit.) Barcelona, Neurociencias, pp. 175-206.
- Fenton WS, McGlashan TH. (1995). Schizophrenia: individual psychotherapy. En: Kaplan HI, Sadock B J. (edit.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6ª Ed. Baltimore. Williams and Wilkins.
- Fernández Liria A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case-management para la reforma psiquiátrica de Madrid. En: La Rehabilitación Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat, 1 :32-36.
- García J, Espino A, Lara L, (1998). La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Díaz de Santos, Madrid.
- Garety PA, Kuipers L, Fowler D et al. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. British Journal of Medical Psychology, 67: 259-271.
- Glick ID, Hargreaves WA, Raskin M, Kutner SJ. (1975). Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, II: results for schizophrenic inpatients. Am J Psychiatry, 132:385-390.
- Goldstein MJ. (1996). Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. Ponencia presentada en Symposium «Schizophrenia». Copenhagen.
- González de Chávez M, (1989). Terapias combinada y programas intergrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrenicas. AEN (ed) «El Quehacer en Salud Mental»: 112-123. Las Palmas.
- González de Chávez M, García-Ordas A, (1992). Group Therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to Schizophrenia. In: Werbart A, & Cullberg J, (ed). "Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and obstructive Factors" Scandinavian University Press, Oslo, pag: 120-130.
- González MA, Eguimz JL, Gallantero JM, Mendivil J. (1995). Tratamiento hospitalario de la Esquizofrenia. En: Esquizofrenia, entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. (edit.). Barcelona, Neurociencias, pp. 145-158.
- Green MF. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? Am J Psychiatry, 150:178-187.
- Heimann C, López L, Pretel J, Vilar J. (1988). Ingreso psiquiátrico muy breve. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. VIII, 611-621.
- Herz MI, Endicott J, Gibbon M. (1979). Brief hospitalization: two year follow-up. Arch Gen Psychiatry, 36:701-705.
- *** Herz MY, Keith SJ, Docherty JP (1990). Handbook of schizophrenia. Vol.4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. New York, Elsevier.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwalds DP, Ulrich RF, Carter M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch. Gen. Psychiatry, 48:340-347.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D et al. (1995). Personal Therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophr. Bull, 21: 379-393.
- Kanas N. (1993). Group psychotherapy with schizophrenia. In: Kaplan, H I and Sadock B J. eds. Comprehensive Group Psychotherapy. 3rd ed. Baltimore. M D: Williams and Wilkins.
- ** Kanas N. (1986). Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. Int. J. Group Psychotherapy, 36:339-351
- Kinddon DG, Turkington D. (1994). Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford Press.
- *** Lam D H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. Psychological Medicine, 21: 423-441.
- Leff J, Berkowitz R, Sharit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: a two year follow-up. British Journal of Psychiatry, 157, 571-577.
- ** Lehman AF, Thompson JW, Dixon LB, Scott JE. (1995). Schizophrenia: Treatment outcomes research, Schizophr. Bull, 21:561-675.

- Lieberman RP, Green MF. (1992). Whither Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia? *Schizophr. Bull*, 18:27-35.
- Lieberman RP. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Martínez-Roca.
- Malm U. (1990). Group therapy. In: *Handbook of Schizophrenia, vol 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Edited by Herz MY, Keith SJ, Docherty JP, Amsterdam, Elsevier, pp 191-211.
- ** Marí JJ, Striner D. (1996). The effects of family intervention for those with schizophrenia. *The Cochrane Data-base of Systematic Reviews, Issue 2*, 1-26.
- *** Marí JJ, Streiner DL. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24: 565-578.
- McGlashan T (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90 (Suppl 384:5): 147-152.
- McFarlane WR, Lucken E, Link B, Dushay R, Deakins S, Newmark M, Dunne E, Horen B, Toran J. (1995). Multiple Family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52: 679-687.
- Montero I. (1995). Tratamientos familiares y programas psicoeducativos en la esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (II)*. Gutierrez, M.; Ezcurra, J.; Pichot, P. Monografías de Neurociencias. Ed.en Neurociencias, Barcelona, Cap. 15, 219-227.
- Montero I, Asencio A, Ruiz I. (1995). Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. En: *La Psiquiatría en la década del cerebro*, ELA, Madrid, 170-181.
- Mosher LR, Keith SJ. (1980). Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. *Schizophr. Bull*, 6: 10-41.
- ** Mueser KT, Berenbaum H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia. Is there a future? [Editorial]. *Psychological Medicine* 20:253-262.
- Mueser KT, Gingerich SL, Rosenthal CK. (1993). Familial factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*. 6:251-257.
- Muijen M, Hadley T. (1995). Community Care: Parts and Systems. En: *Schizophrenia*. Hirsch S R, Weinberger D R (edit.). Cap. 32 pp 649-663, Oxford, Blackwell Science.
- *** Penn DL, Mueser KT. (1996). Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153: 5: 607-617.
- Räkköläinen V, Lehtinen K, Alanen Y. (1991). Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: el papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en la familia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 11,3-8
- ** Rockland LH. (1993). A review of supportive psychotherapy, 1986-1992. *Hospital and Community Psychiatry*, 44:1053-1060.
- Salomon P. (1992). The efficacy of case-management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health J*. 28: 163-180.
- Salvador L, Guillen C, Rodríguez C. (1997). Valoración laboral en la esquizofrenia. En: *Psiquiatría Social y Comunitaria (I)*. Rodríguez-Pulido F, Vázquez-Barquero JL, Desviat M. (coord.) Cap. 40 pp849-867, ICEPSS edit. Canarias.
- *** Scott JE, Dixon LB. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 21: 621-630.
- Schene AH, Van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BP. (1993). The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 87:427-436.
- Schooler NR, Keith SJ, Severe JB et al. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 453-463.
- Spring BJ, Raudin L (1992). Cognitive remediation in Schizophrenia. Should we attempt it? *Schizophr. Bull*, 18:15-20.
- Stein LI, Diamond RJ, Factor RM. (1990). A system approach to the care of persons with schizophrenia. In: *Handbook of Schizophrenia, vol. 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. New York, Elsevier, pp. 213-246.
- Strachan A. (1992). Family intervention. In: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Edited by Lieberman RP. Needham Heights, Mass, Allyn and Bacon, pp 183-212.
- Talbot JA. (1995). The treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia. An integrated approach to a biopsychosocial disease. *La Rehabilitació Psicosocial integral a la Comunitat i amb la Comunitat*, vol 1, 75-79.

- Talles C, Karno M, Mintz J et al. (1996). Immigrant families coping with schizophrenia: behavioural family intervention vs. case-management with low-income Spanish speaking populations. *Brit. J. Psychiatry*, 167: 673-479.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaugh C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freedman H. (1988) The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153: 532-542.
- Tarrier N, Brckett R, Harwood S y cols. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162: 524-532.
- Villalbi JR, Aguilera A, Fames J. (1988). La utilización de los hospitales en España: efectos potenciales de la reforma de la atención primaria. *Medicina Clínica*, 91: 761-63.
- Vine P, Beels CC. (1990). Support and advocacy groups for the mentally ill. In: *Handbook of Schizophrenia*, vol 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. New York, Elsevier, pp 387-405.
- Wallance CJ, Nelson CJ, Liberman RP et al. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenia patients. *Schizophr. Bull*, 6: 42-63.
- ** Ylla L. (1995). Psicoterapia analítica y Esquizofrenia. Una recapitulación. En: *Esquizofrenia, entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P (edit.) Barcelona, Neurociencias. pp. 207-218.

VIII. Situaciones Clínicas Singulares que Influyen en el Tratamiento

VIII.1. Rasgos Psicopatológicos

VIII.1.1. Primer Episodio

En el tratamiento de primeros episodios se debe tener en cuenta: la necesidad de realizar un protocolo de los primeros episodios que incluye:

Evaluación psicopatológica (determinación pormenorizada de síntomas dominantes), **neuropsicológica** (es frecuente encontrar déficit neuropsicológico, antecedentes de complicaciones obstétricas, menor nivel inteligencia premórbida), **ajuste social** (comienzo precoz de la enfermedad, sobre todo en varones). **Evaluación de la personalidad, adaptación premórbida** (puede existir peor adaptación premórbida, correlación con: complicaciones obstétricas, deterioro en funcionamiento infancia/adolescencia, comienzo más precoz e insidioso de la enfermedad). **Estudio de Complicaciones obstétricas** (ajuste premórbido peor, más síntomas negativos, peor rendimiento neuropsicológico). **Examen médico y despistaje de drogas** (por la frecuencia de diagnósticos duales y consumo de tóxicos en la población esquizofrénica). **Variable sexo** a considerar, (peor funcionamiento premórbido en hombres, índice de deterioro, peor adaptación sexual, edad de comienzo, presentación insidiosa más frecuente, diferencias evidentes, en fases tempranas, incluso en el periodo premórbido).

Cuestiones a tener en cuenta

1. Una intervención correcta debe ser capaz de modificar el curso de la enfermedad, (Breier et al., 1991)
2. Dosis relativamente bajas de antipsicótico se muestran eficaces en estos casos.
3. Mayor sensibilidad a la hora de desarrollar efectos secundarios en estos pacientes.
4. Empleo de antipsicóticos clásicos actualmente en cuestión, sin perjuicio de su eficacia (pueden afectar negativamente no sólo produciendo efectos secundarios, sino afectando a la cumplimentación del tratamiento como consecuencia de lo anterior).
5. Se recomiendan antipsicóticos atípicos.

Se recomienda prolongar el tratamiento de los primeros episodios psicóticos, como se ha señalado anteriormente, entre 12-24 meses, si hay una buena remisión de síntomas y más tiempo o incluso indefinidamente cuando está bien establecido el diagnóstico de esquizofrenia y se presentan múltiples episodios o existen síntomas persistentes.

Kissling (1991), recomienda extender el tratamiento hasta 2 años, dado el gran riesgo de recidiva que estos pacientes presentan, apenas inferior al de los pacientes con episodios múltiples y se debe prevenir el deterioro social grave que producen ulteriores recidivas.

A. Frances, J. Docherty y D. Kahn (1996) recomiendan la utilización de antipsicóticos clásicos, de los considerados de alta potencia (haloperidol) o en su caso antipsicóticos serotoninérgicos (tipo risperidona) en los primeros episodios psicóticos, teniendo en cuenta la predominancia de síntomas positivos o negativos en el cuadro clínico, de la misma manera que hacen parecida recomendación, en este caso considerando la posible utilización de medicaciones *depot*, en exacerbaciones clínicas debidas al deficiente cumplimiento de medicación. También contemplan el empleo de TEC.

En algunos informes (APA, 1997), se previene, sin embargo, acerca de los riesgos de los fármacos antipsicóticos en estas situaciones y la frecuencia de complicaciones extrapiramidales, hasta el punto de considerar el empleo de antiparkinsonianos de forma profiláctica en pacientes jóvenes. Parece evidente la necesidad de estudiar de forma completa el papel que los antipsicóticos atípicos tendrán en estas situaciones clínicas, de la misma manera que actualmente resulta dudoso el empleo de anticolinérgicos de forma sistemática.

VIII.1.2. Subtipos / Síntomas deficitarios

La cronicidad de la enfermedad esquizofrénica está probablemente unida a la existencia de síntomas deficitarios, son los más cercanos a los observados a lo largo del periodo premórbido (Kolakowska et al. 1985), y los que responden peor al tratamiento (Crow, 1980) así como los más vinculados a anomalías biológicas (Andreasen et al., 1986). Como señala Lecrubier (1994), el no tener en cuenta esto, explica los resultados de Angst (1988) o de McGlashan et al (1988), que sugieren que los neurolépticos solo mejoran parcialmente el pronóstico de la esquizofrenia.

Los distintos subtipos esquizofrénicos probablemente requieren estrategias terapéuticas diferentes.

¿Hay diferencias entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos en cuanto a eficacia sobre síntomas negativos?

- Primarios: poca respuesta o incluso negativa a antipsicóticos clásicos.
- Secundarios: mejor respuesta a antipsicóticos clásicos.
- Ambos tipos responden mejor a antipsicóticos con acción serotoninérgica o atípicos.

VIII.1.3. Implicaciones terapéuticas de los trastornos relacionados con el uso/abuso de sustancias

Entre el 25-50 % de pacientes esquizofrénicos consumen sustancias tóxicas.

Requieren un diagnóstico correcto y con mucha frecuencia su integración en programas específicos para tratamiento de pacientes con trastornos duales.

El abuso de sustancias se asocia muy frecuentemente con el incumplimiento del tratamiento en estos pacientes, lo que aumenta el riesgo de recaída, de ahí la importancia de efectuar tratamientos correctos y valorar el problema adecuadamente.

VIII.1.4. Implicaciones terapéuticas de otras situaciones clínicas concurrentes

VIII.1.4.1. Implicaciones terapéuticas del embarazo y la sexualidad

Se deben tomar las precauciones normales y la evaluación continua teniendo en cuenta la relación riesgo/ beneficio. Los antipsicóticos no son, en principio, sustancias teratógenas, pero se deben utilizar, al menos en los tres meses primeros de embarazo, con extrema prudencia y siempre como fármacos de segunda elección. Los efectos sobre la sexualidad, descritos en diferentes estudios referidos a fármacos antipsicóticos, deberán ser tenidos en cuenta a la hora de procurar una pauta farmacológica confortable para el paciente y que cause los menores efectos secundarios posibles.

VIII.1.4.2. Implicaciones terapéuticas del riesgo de suicidio

Entre el 7-10 % de los pacientes esquizofrénicos se suicidan. Se considera necesario añadir una medicación antidepresiva o TEC, en aquellos pacientes que presentan un descenso grave del estado de ánimo que es persistente y cuando existen ideaciones suicidas.

La conducta previa del paciente en este sentido también debe orientar la estrategia del tratamiento.

La constatación de conductas parasuicidas deben conllevar la hospitalización del paciente y todas aquellas medidas protectoras al uso en estos casos (nivel máximo de vigilancia de enfermería, colaboración familiar, reorientación del tratamiento farmacológico, etc)

VIII.1.4.3. Implicaciones terapéuticas de la conducta violenta

A corto plazo

- Contemplar el abordaje farmacológico que incluya sedación con antipsicóticos y/o sustancias asociadas (benzodíacepinas, carbamazepina, etc).
- Medicamentos de absorción rápida.
- Vías de administración que faciliten lo anterior.
- Monitorización o vigilancia médica.
- Contención mecánica, como medida excepcional, con protocolo de indicación y aplicación, así como control de la misma.
- Medidas de protección legal.

A medio/ largo plazo

- Cobertura antipsicótica (oral o *depot*)
- Medidas de protección legal.
- Institucionalización si procede.

VIII.1.4.4. Síntomas depresivos

Aproximadamente la mitad de los enfermos esquizofrénicos sufrirá, a lo largo del curso de su enfermedad, un episodio depresivo significativo, muy frecuentemente tras una recaída (depresión postpsicótica). Por ello, su detección y diagnóstico es muy importante, en la medida que la depresión constituye un importante factor que aumenta el riesgo de suicidio.

La medicación antidepressiva, en ocasiones, contribuye al acortamiento de la recaída psicótica.

VIII.2. Implicaciones terapéuticas de las variables demográficas y psicosociales

VIII.2.1. Implicaciones terapéuticas de los indigentes

Este grupo de población se considera más vulnerable para desarrollar la enfermedad mental. La pérdida de las redes de apoyo familiares, la disolución de afiliaciones y de roles sociales y el ser constantemente objeto de proyecciones negativas del grupo social circundante, pueden incrementar el riesgo. De todas formas, la frecuencia de enfermedad mental establecida es muy variable entre los diferentes estudios epidemiológicos y donde la esquizofrenia alcanza tasas en torno al 12% (Goldfinger, 1990).

A pesar de presentar déficits e incapacidades similares a aquellos pacientes ingresados por períodos largos de tiempo en hospitales psiquiátricos, la mayoría no han experimentado estancias prolongadas, ni son el resultado de la desinstitucionalización tras la «reforma psiquiátrica».

Su perfil corresponde al de la población de **indigentes**: es decir, tienen una edad en torno a los cuarenta años, son desorganizados, con múltiples incapacidades y una importante comorbilidad por abuso de sustancias. Además suele ser habitual este sector **de población**, la baja utilización de servicios, la falta de adherencia a los tratamientos y una historia de infracciones menores de la ley.

Se cuenta con pocos estudios controlados que evalúen la eficacia de los programas diseñados **específicamente** para este grupo de pacientes, aunque todos afirman la necesidad de ofertar servicios continuados y siempre teniendo presente que cubrir las necesidades básicas son la primera prioridad.

Al inicio de cualquier programa el equipo terapéutico debe estar preparado para trabajar con estos pacientes en ambientes **diferentes** a los clínicos: la calle, espacios públicos, refugios..., siendo importante las actitudes de comprensión, tolerancia y persistencia, dadas las características de estos pacientes donde el temor y el rechazo a los servicios de salud mental son prácticamente una constante.

La mayoría de los estudios recomiendan establecer programas de seguimiento de caso, con servicios de apoyo, atención de urgencias durante las 24 horas, medicación, ayudas económicas y asistencia a las actividades diarias.

VIII.2.2. Implicaciones terapéuticas de los factores culturales

Los factores culturales no sólo afectan al diagnóstico de la esquizofrenia sino que su influencia se extiende a la concepción de la enfermedad, a su pronóstico e incluso a la planificación del tratamiento. (Karno, Jenkins,1993).

La influencia de los factores culturales en el tratamiento es más marcada para aquellos abordajes terapéuticos, que por estar desarrollados en otras sociedades contravengan normas culturales. Las intervenciones muy estructuradas, con programas activos, que incluyen aspectos directivos y ejercicios que son culturalmente distónicos, pueden ser experimentadas como intrusivas y estresantes. Por ejemplo, algunos pacientes esquizofrénicos de raza gitana expresan malestar por los ejercicios de entrenamiento en adquisición de habilidades de comunicación que incluyen contacto ocular y expresión de sentimientos negativos hacia una figura autoritaria.

Las importantes diferencias en la estructura social y familiar de las diferentes sociedades permite sugerir que los patrones más favorables de curso de enfermedad entre pacientes emigrantes procedentes de países menos desarrollados, van a depender del grado en el que esta población mantiene sus valores culturales tradicionales y la cohesión intragrupo.

También se ha venido considerando la influencia de factores étnicos, que confieren una susceptibilidad diferencial de efectos secundarios a los neurolépticos en algunos individuos.

VIII.2.3. Implicaciones terapéuticas de los estresores psicosociales

El modelo de vulnerabilidad-estrés junto con la interacción de factores de protección ofrece un marco conceptual muy útil para la planificación del tratamiento.

Desde este modelo se postula que la esquizofrenia es el resultado de una interacción dinámica entre una persona biológicamente vulnerable y una exposición a *estresores* ambientales, pudiendo estos últimos precipitar el desarrollo inicial o las sucesivas recurrencias sintomatológicas.

Estos *estresores* pueden ser de diferente naturaleza, biológica o psicosocial incluyendo desde los acontecimientos de la vida, a las situaciones más crónicas como las derivadas del contacto diario con un medio crítico, hostil o sobreimplicado emocionalmente.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha en pacientes esquizofrénicos muestran que la exposición a ciertos factores ambientales, tales como altos niveles de expresividad emocional familiar y/o la presencia de acontecimientos vitales en ausencia de medicación neuroléptica, se asocia a altas tasas de recaídas psicóticas.

De todas formas el impacto de los acontecimientos vitales no tiene un efecto inmediato durante el período de riesgo tras la supresión o abandono del tratamiento farmacológico, pero los pacientes que se han mantenido sin tratamiento neuroléptico por períodos más largos de tiempo, o los que nunca lo han recibido, tienen un riesgo considerablemente más elevado de recaída tras experimentar un acontecimiento vital que aquellos otros que van protegidos con neurolépticos.

Los tratamientos biológicos permiten elevar el umbral de vulnerabilidad biológica al estrés, previniendo las recaídas.

Las intervenciones psicoeducativas en familias de pacientes que sufren esquizofrenia, tratan de reducir la expresividad emocional familiar y con ello las recidivas, a través de aumentar la información en torno a la enfermedad y a su tratamiento, mejorando las destrezas para manejar el ambiente, con una reducción de las dificultades y de los acontecimientos no deseables.

El impacto de los acontecimientos vitales ya sucedidos puede verse reducido a través de ciertas intervenciones psicoterápicas estructuradas e incluso mediante una mejora de las capacidades adaptativas del paciente para lograr hacer frente al estrés (aproximación cognitivo-conductual).

Una labor de prevención consiste en utilizar los acontecimientos vitales como signo de alerta para buscar ayuda lo más rápidamente posible y cortar así las potenciales reacciones en cadena que podrían derivarse.

VIII.3. Implicaciones terapéuticas de la comorbilidad somática general

- Tener en cuenta interacciones farmacológicas entre los antipsicóticos y otros fármacos.
- Tener en cuenta perfil de efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos.
- Contemplar la posibilidad del ingreso en un hospital general si ello facilita el tratamiento o la colaboración de otros especialistas médicos en el nivel extrahospitalario.

Bibliografía

- ** American Psychiatric Association. Practique Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiat*. 154,4. 1997.
- Angst J. European long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 14:501-513. 1988.
- Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn V et al. Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*, 43:136-144. 1986.
- Bachrach LL. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 43,453-464.
- Bebbington PE, Bowen J, Hirsch SR, Kuipers L. (1995). Schizophrenia and Psychosocial stresses. En: Schizophrenia. Hirsch S.R, Wienberger DR, (Edit) Oxford, Blackwell Science.
- Breier A, Schreiber JL, Dyer J. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 48:239-246. 1991.
- Craig TKJ ,Timms PW. (1995). Homelessness and schizophrenia. En: Schizophrenia, Hirsch S.T, Weinberger DR (Edit) Oxford, Blackwell Science.
- * Crow T. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British J Psychiatry*. 137:383-386. 1980.
- ** Frances A, Docherty JP, Kahn DA. Expert consensus treatment guidelines for schizophrenia: a guide for patients and families. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996. 57 (suppl. 123): 51-58.
- Goldfinger SM. (1990). Homelessness and schizophrenia: a psychosocial approach. En: Handbook of Schizophrenia, vol.4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Herz MI., Keith SJ. Docherty JP New York, Elsevier.
- Griffith E, González C (1996). Fundamentos de la psiquiatría cultural En: Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. (edit) 2ª edic., Barcelona, Ancora.
- Jablensky A. (1993). The epidemiology of schizophrenia. *Current opinion in Psychiatry*, 6:43-52.
- *** Kissling W. Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: proceedings of a consensus conference held April 19-20, 1989. Bruges (Belgium). Springer-Verlag, 1991.
- Kolakowska T, Williams AO, Adern M et al. Schizophrenia with good and poor outcome. *Br J Clin Pharmacol* 6: 541-542. 1978.
- Leff J, Kuipers E, Berkowitz R, Vaughn CH, Sturgeon D. (1983). Life events, relative's expressed emotion and maintenance neuroleptic in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine*, 13: 799-806.
- McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 14:497-500. 1988.
- Montero I, Asencio A, Ruiz I, Hernández I. (1998). Non-adherence to family intervention programs in those with schizophrenia (In press).
- Montero I. (1997). Clima emocional de la familia y evolución de la esquizofrenia: Implicaciones teóricas y prácticas. En: Up-date de Psiquiatría, Vallejo J. (Edit) Barcelona, Masson.
- Morse G, Caisyn RJ, Allen G, Kenny DA. (1994). Helping homeless mentally ill people: what variables mediate and moderate programs effects? *American Journal of Community Psychology*, 22:661-83.
- Norman RMG, Malla AK. (1993). Stressfull life events and schizophrenia I: A review of the research, *British Journal of Psychiatry*, 162, 161-66.
- Random MI. (1997). Los pobres y sin hogar. En: Psiquiatría Social y Comunitaria (I) Rodríguez-Pulido F, Vázquez-Barquero JL, Pichot P. (coord), ICEPPS, Canarias.
- Telles C, Karno M, Mintz J. et al. (1995). Immigrants Families coping with schizophrenia. Behavioural Family Intervention vs. Case Management with a low-income spanish speaking population. *British Journal of Psychiatry*, 167:473-79.
- Ventura J y cols. (1992). Life Events and Schizophrenic relapse after withdrawal of medication. *British Journal of Psychiatry*, 161,615-20.
- Warner R. (1994). Recovery from Schizophrenia. 2ª Ed.,Londres, Routledge.
- Wolff N, Helminiak JH, Morse G, .et al. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mental ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154:3,341-48.

IX. Formulación y Aplicación de un Plan de Tratamiento

IX.1.Consideraciones Previas

En lo que se refiere a la elección del fármaco, consideraremos la potencia antipsicótica, su efecto sobre otros sistemas neurotransmisores y el estado del paciente. Para la escuela americana todos los antipsicóticos son similares en cuanto a su potencia antipsicótica y sólo difieren en sus efectos secundarios o acompañantes. En Europa se consideran diferencias significativas en su perfil de acción clínica y además la elección de un antipsicótico estará en función de las características del paciente y de su perfil de efectos secundarios.

El papel de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia parece ser incuestionable, si bien se discute la eficacia del empleo de dosis bajas, dosis intermitentes, tratamientos breves o tratamientos prolongados, la necesidad de un buen ajuste de la medicación antipsicótica, el papel de determinados neurotransmisores, la influencia de niveles de antipsicóticos en sangre, la mediatización de los efectos secundarios de los antipsicóticos en las recaídas, el beneficio del control de los síntomas, etc. En todo caso, parece demostrado que las recaídas llevan asociadas, muy frecuentemente, deficientes cumplimientos de la medicación antipsicótica.

En lo que se refiere a la duración del tratamiento, parece razonable continuar el mismo durante 1-2 años en aquellos pacientes que han sufrido un único brote esquizofrénico y han evolucionado favorablemente, (Frances et al., 1996); prolongarlo durante 5 años en aquellos pacientes que han sufrido varios brotes y hacerlo de forma indefinida en aquellos enfermos que durante sus descompensaciones han mostrado comportamientos peligrosos para sí mismos o para los demás, (Kissing, 1991; Hogarty et al., 1976; Johnson DAW, 1976).

IX.2.Fase Aguda

IX.2.1.Elección del dispositivo asistencial

El tratamiento de un episodio agudo en el medio especializado no tiene mucho que ver con la organización de un tratamiento a medio o largo plazo, destinado a tratar síntomas residuales, a prevenir recaídas, a mejorar la calidad de vida del paciente y a permitirle una integración sociofamiliar satisfactoria. El dispositivo asistencial debe ser elegido con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento, sopesando los riesgos y beneficios de cada posibilidad, teniendo en cuenta las condiciones del paciente -tras una correcta evaluación-, la necesidad de un tratamiento en particular, el funcionamiento familiar, el soporte social que tenga el paciente, las preferencias del paciente y su familia y los recursos de que se dispongan.

Los criterios de hospitalización se establecen en relación con varios factores:

- Psicopatológicos (intensidad psicopatológica).
- Peligrosidad (agresividad, suicidio).
- Condicionantes psicosociales (familiares, sociales).
- Condicionantes legales (orden judicial, autorización judicial).

Indicaríamos la hospitalización en aquellas situaciones en que el paciente presenta peligrosidad para sí mismo o para los demás, en aquellas circunstancias en que sea incapaz de cuidarse a sí mismo o en las que concurran trastornos médicos o psiquiátricos que nos hagan pensar que un nivel de cuidados menor limitarían la efectividad del tratamiento, siempre tratando de conseguir una hospitalización voluntaria.

Entre los criterios de tratamiento ambulatorio, se deben contemplar

- **Antecedentes previos del paciente (recaídas leves).**
- Recaídas en pacientes con medicación a dosis bajas (cambios de medicación).
- Condicionantes psicosociales (disponibilidad de camas, familia, trabajo).
- **Condicionantes legales.**

Se considerarán **otras alternativas** (hospital de día, residencias, centros de día, etc.), para aquellos pacientes que no requieran hospitalización, pero necesiten una intensidad de actuaciones mayor que la que se puede proporcionar en consultas ambulatorias convencionales o que sean candidatos a programas terapéuticos específicos.

IX.2.2. Manejo psiquiátrico e intervención en:

IX.2.2.1. Paciente

Elaboración de un proyecto terapéutico fundamentado en los resultados de la evaluación diagnóstica, psiquiátrica, médica y social.

Consentimiento informado si procede.

IX.2.2.2. Familia

Información sobre el proyecto terapéutico, sobre las condiciones de tratamiento y sobre funcionamiento del hospital o del centro ambulatorio.

Consentimiento informado si procede

IX.2.3. Utilización de fármacos antipsicóticos y de otros fármacos

Según criterios anteriormente expuestos

IX.2.4. Utilización de TEC

IX.2.4.1. Clasificación diagnóstica

Gran parte de la información concerniente a la eficacia de la TEC, procede de períodos previos a la presente terminología diagnóstica, que ha sido adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980 y revisada en 1987 (APA 1980, 1987). Muchas enfermedades descritas en la nueva clasificación son reminiscencias de antiguas tipologías, pero otras son

más complejas, y las traducciones son difíciles. En consecuencia, debe entenderse que no hay estudios controlados que estén disponibles para cada entidad diagnóstica.

IX.2.4.2. Esquizofrenia

La TEC ha sido ampliamente utilizada para pacientes con esquizofrenia (Asociación Americana de Psiquiatría 1978; Shugar et al. 1984), aunque en los últimos años su utilización ha sido cuestionada (Klein et al. 1980). En las primeras décadas de su uso, la terapia convulsiva ha sido vista como un tratamiento efectivo para manifestaciones psicóticas en pacientes con demencia precoz, particularmente para aquellos en los que la duración de su enfermedad ha sido relativamente breve (Meduna 1987; Kalinowsky y Hoch 1961; Sargan y Slater 1964).

IX.3. Fase de continuación

Problemas de cambios de medicación o reducción de dosis.

Se deben contemplar aspectos como el tipo de antipsicótico (más o menos sedante, por ejemplo) y la dosis empleada antes de planificar un cambio de medicación a fin de evitar recaídas u otro tipo de complicaciones. En la práctica clínica no es infrecuente emplear estrategias de disminución progresiva de un fármaco, el que se pretende retirar, junto a la instauración progresiva del que se ha seleccionado para continuar el tratamiento.

De la misma manera, se debe tener en cuenta si se está utilizando otra medicación asociada (anticolinérgicos, benzodiacepinas, antidepresivos, etc), a la hora de efectuar cualquier modificación.

Cuando se pasa de medicación *depot* a medicación oral, se debe prever el tiempo de actuación del primero e iniciar antes de su finalización la pauta oral que se haya seleccionado.

IX.4. Fase de estabilización o mantenimiento

El objetivo fundamental de esta fase es la disminución del estrés del paciente y procurarle el apoyo suficiente para disminuir el riesgo de recaída y facilitar su adaptación a la vida en comunidad, al mismo tiempo que se continúa la reducción de síntomas y consolida la remisión del cuadro clínico.

IX.4.1. Elección del dispositivo asistencial

De la misma manera que cuando nos referimos a la fase de tratamiento agudo, también en esta fase de tratamiento emplearemos determinados criterios de hospitalización y ello se efectuará en relación con varios factores: psicopatológicos (intensidad psicopatológica), peligrosidad (agresividad, suicidio), condicionantes psicosociales (familiares, sociales), condicionantes legales (orden judicial, autorización judicial) y proyecto terapéutico.

Los criterios de tratamiento ambulatorio se elaboran en función de los antecedentes previos del paciente (recaídas leves, buena respuesta a tratamientos previos, buena tolerancia a la medicación), recaídas en pacientes con medicación a dosis bajas (cambios de medicación), condicionantes psicosociales (disponibilidad programas, familia, trabajo) y condicionantes legales.

IX.4.2. Manejo psiquiátrico (violencia, autolisis, contención)

- Criterios de hospitalización.
- Estrategias de medicación.
- Protocolos de contención mecánica.

Todo ello según criterios ya expuestos.

IX.4.3. Utilización de fármacos antipsicóticos

Ante un tratamiento a largo plazo, deberá prescribirse la dosis mínima eficaz del medicamento correspondiente, establecida de forma individualizada -si ello es posible- en función de los antecedentes del enfermo y en caso de optar por cambio de medicación, llevar a cabo una reducción gradual lenta (entre 2-4 semanas de duración).

IX.4.4. Utilización de otros fármacos

- En casos de depresión postpsicótica, se recomienda añadir antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o tricíclicos.
- En casos de agitación o insomnio grave, parece razonable añadir benzodiazepinas, aumentar las dosis del antipsicótico, introducir un antipsicótico más sedativo o asociar antihistamínicos, como maniobras más frecuentes.

IX.4.5. Tratamientos psicológicos

Una vez remitida la fase aguda de la enfermedad y mitigada la sintomatología más florida, hay que utilizar en este periodo de mantenimiento nuevas estrategias terapéuticas ante otros síntomas o discapacidades que en un primer momento eran menos relevantes.

Así es necesario atender los aspectos personales, familiares, laborales y sociales del paciente con nuevos recursos como la psicoterapia de grupo o individual (algunas de tan reciente aplicación en este campo como la terapia cognitiva), las intervenciones en la familia, la rehabilitación ocupacional, el tratamiento de los déficits cognitivos y de los síntomas residuales, el entrenamiento en habilidades sociales, los grupos de autoayuda y los programas de seguimiento.

IX.5. Aspectos específicos del manejo de pacientes

IX.5.1. Resistentes al tratamiento

En casos considerados resistentes a un correcto tratamiento con antipsicóticos convencionales, se sugiere la posibilidad de ensayar fármacos tipo clozapina u otros atípicos. Los tratamientos deben mantenerse al menos entre 5-12 semanas si obtenemos respuesta parcial y entre 3-8 semanas si no obtenemos respuesta, antes de optar por un cambio de medicación y en este sentido se debe contemplar la utilización de otros antipsicóticos, añadir litio, en caso de sintomatología positiva persistente, o añadir antidepresivos, en caso de sintomatología negativa persistente.

IX.5.2. Enfermedad dual

Entre el 25-50 % de pacientes esquizofrénicos consumen sustancias tóxicas.

Requieren un diagnóstico correcto y con mucha frecuencia su integración en programas específicos para tratamiento de pacientes con trastornos duales.

El abuso de sustancias se asocia muy frecuentemente con el incumplimiento de medicación en estos pacientes, lo que aumenta el riesgo de recaída, de ahí la importancia de efectuar tratamientos correctos y valorar el problema adecuadamente. La utilización de antipsicóticos atípicos puede facilitar precisamente este aspecto de cumplimiento del tratamiento.

IX.5.3. Programas de prevención de recaídas

Las recaídas en la esquizofrenia son muy frecuentes. A pesar de que los antipsicóticos son fármacos muy eficaces (75% frente a 15% placebo en tratamientos a un año), hay un 50% de recaídas. Tras el primer episodio, la mayoría de los pacientes reingresan 2 veces los 5 años siguientes y sólo hay un 16% sin recaídas los 5 primeros años.

La recuperación tras cada recaída puede no ser total, lo que lleva hacia un empeoramiento progresivo del estado basal.

Las causas más frecuentes de las recaídas son:

- Falta de cumplimiento terapéutico (50%).
- Prescripción incorrecta (duración o tratamiento insuficiente).
- Factores de mal pronóstico.
- Falta de información.
- Falta de apoyo y motivación.
- Factores de estrés psicosocial.
- Factores familiares (alta expresividad emocional).
- Factores socioculturales.
- Efectos indeseables.
- No utilización de terapéuticas combinadas.

Volveremos a recordar que a la hora de prevenir las recaídas, la duración del tratamiento es muy importante y en este sentido se recomienda mantenerlo:

- Tras un primer episodio: mínimo 1-2 años.
- Tras episodios múltiples: mínimo 5 años.
- Antecedentes de intento de suicidio o conducta agresiva/violenta: >5 años o indefinido.

Pero hay otros factores como la forma de administración que también puede influir y así se recomienda:

- Hasta controlar sintomatología, pautar una medicación de acción rápida (*i.m.* o *i.v.*) antipsicóticos solos o en asociación con otros fármacos.
- Durante el periodo de estabilización: antipsicóticos *depot* o atípicos.
- Si se suspende la medicación: siempre progresivamente.
- Las dosis profilácticas deben ser las mínimas eficaces

Los efectos indeseables influyen en el tratamiento de mantenimiento y a tal efecto su control es muy importante y pueden suponer el abandono o mal cumplimiento del tratamiento.

IX.6. Programas de prevención de conducta autolítica

El suicidio constituye la causa más frecuente de muerte prematura en esquizofrenia, con una prevalencia vital de suicidios consumados en torno al 10%, existiendo un número mucho mayor de pacientes esquizofrénicos, aproximadamente 40-55%, que realizan tentativas, con las consecuentes pérdidas socio-económicas tanto a nivel individual, como familiar y comunitario (APA, 1997; Haas, 1997; Roy, 1997).

A pesar de que la conducta suicida es un hecho relativamente común entre los pacientes esquizofrénicos, tiende a ser infraestimada, en parte debido a que la tasa de suicidios resultante de esta enfermedad no es demasiado alta y en parte debido a que los trastornos depresivos (más prevalentes que la esquizofrenia), tienden a caracterizar la mayoría de suicidios entre los pacientes psiquiátricos (Haas, 1997).

Otra dificultad sobreañadida viene determinada por la evidencia de que los factores de riesgo de conducta suicida no son uniformes para todos los grupos de alto riesgo, lo cual complica la predicción de riesgo de suicidio en esquizofrenia (Haas, 1997).

Dado que las conductas suicidas no constituyen un hecho infrecuente entre los pacientes esquizofrénicos, la evaluación sistemática del riesgo de suicidio asociado con factores clínicos, biológicos y psicosociales tiene importantes implicaciones para el tratamiento de la esquizofrenia y la prevención del suicidio en esta población (APA, 1997; Haas, 1997; Fenton et al, 1997; Rodríguez Martínez, 1997; Roy, 1997).

Factores Asociados con Riesgo de Suicidio en la Esquizofrenia

Características demográficas:

- **Sexo:** Los varones representan aproximadamente el 75-90% de casos de suicidio en esquizofrenia. No obstante, las mujeres que padecen esquizofrenia cuentan con un elevado riesgo relativo de cometer suicidio.
 - **Edad:** En la esquizofrenia, el suicidio es particularmente común entre los jóvenes. Los pacientes esquizofrénicos que mueren por suicidio tienden a ser más jóvenes que aquellos suicidios diagnosticados de otros trastornos psiquiátricos. No obstante, aunque el suicidio es más común durante las fases iniciales de la enfermedad, el riesgo relativo asociado con la edad tiende a permanecer constante durante toda la vida.
-

Características clínicas:

- **Estadio de la enfermedad:** El suicidio tiende a producirse durante las primeras fases de la enfermedad, con las tasas más elevadas durante los primeros 10 años tras el diagnóstico inicial.
 - **Historia de conducta suicida durante el curso de la enfermedad:** En general el mejor predictor de conducta suicida en la esquizofrenia es la existencia de antecedentes de conducta suicida.
 - **Fase del tratamiento:** La primera tentativa suicida ocurre generalmente tras la primera admisión hospitalaria para el tratamiento de la esquizofrenia. Por otra parte, el riesgo de comisión de conductas suicidas se exacerba tras producirse la descarga hospitalaria.
 - **Exacerbación de síntomas psicóticos agudos:** La exacerbación de síntomas psicóticos puede actuar precipitando la realización de tentativas de suicidio. Además, el riesgo de suicidio a largo plazo se correlaciona con una historia de frecuentes hospitalizaciones y recaídas.
 - **Presencia de síntomas positivos y negativos:** La presencia de un síndrome deficitario se asocia con un menor riesgo de realización de actos suicidas. Por el contrario, la existencia de un elevado nivel de suspicacia en ausencia de síntomas negativos define a un grupo de pacientes de moderado / alto riesgo de comisión de actos suicidas. En este sentido, un factor de riesgo adicional sería la presencia de alucinaciones auditivas de órdenes que indican al paciente que se quite la vida. Concretamente, la esquizofrenia paranoide es el subtipo esquizofrénico con mayor riesgo de realización de este tipo de conductas.
 - **Sintomatología depresiva:** A pesar de que el síndrome depresivo no es específico de los pacientes esquizofrénicos que fallecen por suicidio, un episodio actual o pasado que cumpla criterios de depresión mayor debería alertar al clínico de riesgo elevado a corto o largo plazo de suicidio. La presencia de ideación suicida y de desesperanza deben ponernos en sobreaviso, ya que ambas tienden a estar presentes en aquellos individuos que cometen suicidio, incluso aunque hubiesen experimentado "mejoría" en el momento de la descarga hospitalaria.
 - **Otros factores de riesgo específicos en el paciente esquizofrénico:** Coeficiente intelectual elevado, grandes aspiraciones, alto grado de logros académicos previos a la enfermedad, un curso crónico y con un deterioro progresivo con múltiples exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales.
 - **Efectos relacionados con la medicación antipsicótica:** El suicidio se da con más frecuencia entre aquellos sujetos tratados con bajas dosis de antipsicóticos y/o aquellos no cumplidores. De igual modo los individuos no-respondedores pueden tener más riesgo de cometer este tipo de conductas. Otro hecho importante, es la reciente evidencia de que los nuevos antipsicóticos parecen ofrecer resultados prometedores en lo que a reducción de riesgo de conductas suicidas se refiere en esta población.
-

Factores biológicos:

- Estudios preliminares sugieren la existencia de anomalías serotoninérgicas en pacientes esquizofrénicos que cometen conductas suicidas. Existen diversos estudios de seguimiento que han demostrado que la constatación de bajos niveles del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético -5-HIAA-) en LCR tiene un valor predictor de comisión de actos suicidas en pacientes esquizofrénicos (Cooper et al, 1992; Faustman et al, 1993; Roy, 1993).
-

Factores psicosociales:

- **Factores precipitantes y dificultades a largo plazo:** En la esquizofrenia, el suicidio parece asociarse con determinados aspectos psicosociales como son: presencia de tensiones en el núcleo familiar, aislamiento interpersonal, pérdida de soporte familiar, pérdida importante reciente, dependencia de sustancias químicas y/o rechazo del cumplimiento terapéutico.
-

No obstante, hay que recordar que, desgraciadamente, es imposible predecir si un paciente concreto se quitará la vida, dado que muchos pacientes que presentan uno o varios de los factores de riesgo expuestos con anterioridad, no se suicidan ni intentan suicidarse, mientras que otros pueden hacerlo de manera inesperada sin que existan indicios previos de un riesgo importante. No hay que olvidar que una parte importante de los suicidios de pacientes esquizofrénicos se producen durante un período de remisión después de 5 a 10 años de enfermedad, como reflejo de una "percepción de desesperación respecto a su propia enfermedad" que puede aparecer sin ningún signo de alarma (APA, 1997).

Actualmente está fuera de toda duda la importancia que las medidas de tipo preventivo pueden tener a la hora de tratar de evitar posibles desenlaces fatales en el paciente esquizofrénico, motivo por el cual se exponen los puntos más importantes de dicha prevención:

Prevención de la Conducta Suicida en el Paciente Esquizofrénico

Recomendaciones generales (Drake et al, 1984):

- Diagnóstico temprano y correcto tratamiento de la enfermedad.
 - Valorar circunstancias de ingreso y alta, sobre todo en los jóvenes (con grandes esperanzas de alcanzar un futuro sin enfermedad): ideas o amenazas de suicidio han de ser muy tenidas en cuenta. La desesperanza es signo de alto riesgo
 - Valorar cambios de personas clave para el paciente.
 - El propio ingreso puede actuar como agravante por potenciar conciencia de enfermedad: se recomienda vigilancia y medicación sedativa.
 - Mayor soporte psicoterapéutico tras el alta hospitalaria.
 - No ofrecer falsas expectativas de curación y recuperación de capacidades.
-

Recomendaciones específicas (APA, 1997):

- Evaluación del riesgo de suicidio inicialmente y de manera regular como parte de la evaluación psiquiátrica del paciente.
 - Las ideas suicidas o las amenazas de suicidio han de evaluarse en el contexto de la historia clínica proporcionada por el propio paciente, por sus familiares y por el terapeuta.
 - Aquellos pacientes en los que se detecta un alto riesgo de suicidio han de ser hospitalizados y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitar el suicidio.
 - Optimizar el tratamiento somático de las psicosis y la depresión, así como abordar la ideación suicida del paciente de manera directa, mostrándole empatía y apoyo.
 - Estrecha vigilancia de los pacientes de riesgo durante los períodos de crisis personal, de modificaciones importantes de su entorno o períodos de gran dificultad o depresión.
 - Durante los períodos de especial vulnerabilidad (por ejemplo, tras un alta hospitalaria reciente) ha de incrementarse el número de visitas ambulatorias.
-

Recomendaciones psicofarmacológicas:

- Diagnóstico temprano y correcto tratamiento
 - En los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio o conducta agresiva o violenta puede estar indicado un tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos durante un período superior a los 5 años, e incluso de manera indefinida (Kissling et al, 1994).
 - La medicación *depot*, al menos en las condiciones de tratamiento habituales, asegura generalmente un mejor cumplimiento del tratamiento y, como consecuencia una tasa de recidivas inferior (Davis, 1988).
 - La utilización de antidepresivos puede ser útil en pacientes esquizofrénicos estabilizados ("psicosis residuales") afectos de un estado de ánimo depresivo, sobre todo en lo concerniente a la prevención de trastornos del humor y de conductas suicidas (Kane y Marder, 1993; Federación francesa de Psiquiatría, 1994).
 - Incentivar la vinculación del paciente a programas rehabilitadores (hospitales o centros de día, cursos especializados, asociaciones de enfermos...).
 - Son muy eficaces los programas destinados a incrementar la autoestima y autonomía del paciente (resolución de problemas, manejo de estrés, entrenamiento en habilidades sociales...) (Bellack y Mueser, 1993).
 - Los programas psicoeducativos destinados a la prevención de recaídas, dirigidos tanto al paciente esquizofrénico como a sus familiares, pueden ser fundamentales para el mejor conocimiento y evolución de este trastorno, evitando así gran parte del riesgo suicida que puede asociarse a la recidiva de estos pacientes (González et al, 1997).
-

Es necesario remarcar que, recientemente, el *Expert Consensus Panel for Schizophrenia* (1996), en sus directrices prácticas dirigidas a pacientes esquizofrénicos y a sus familiares, hace especial hincapié en dos puntos:

- Que el riesgo de suicidio es más elevado durante los primeros años de la enfermedad, precisamente cuando la familia menos lo espera. En este sentido, Goldstein (1993), afirma que el tratamiento óptimo de la esquizofrenia se alcanza utilizando la educación familiar junto a la medicación adecuada, de modo combinado.

- Una detección temprana de la posible sintomatología suicida y de un adecuado diagnóstico diferencial son básicos a la hora de disminuir el riesgo de posibles desenlaces fatales, dado que el riesgo de suicidio es susceptible de tratamiento.

Como consecuencia del papel primordial que en ocasiones la familia puede tener a la hora de evitar el riesgo suicida, se resumen los puntos que la *American Suicide Foundation* (1996) considera fundamentales para el abordaje por parte de los familiares de la persona con riesgo suicida:

Abordaje por Parte de la Familia del Riesgo Suicida

Conocimiento de factores que indican riesgo:

- Historia de tentativas previas (entre el 20-50% de pacientes esquizofrénicos que se suicidan tienen historia de tentativas previas).
 - El riesgo de suicidio es mayor en los primeros años de la enfermedad.
 - El suicidio aparece con frecuencia cuando menos se lo espera la familia.
 - Hay que tomarse en serio cualquier tipo de amenaza que haga el paciente.
-

Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- 3/4 de los que se suicidan dan alguna señal de aviso a familiares y amigos.
 - Afortunadamente la conducta suicida puede tratarse.
-

Involucrarse activamente en la búsqueda de ayuda profesional:

- Ayudar a la persona a darse cuenta de que los pensamientos de suicidio son un síntoma de la enfermedad y que desaparecerán a medida que el tratamiento sea efectivo.
 - Siempre que se pueda, se recomienda hacer hincapié en la importancia que la vida del paciente representa para Ud. y para otras personas y que el suicidio supondría una pérdida dramática y no un alivio.
 - Animar a la persona a solicitar inmediatamente ayuda profesional.
 - Puede ayudarse a la persona a buscar al profesional idóneo y/o el tratamiento adecuado.
-

En caso de crisis aguda llevar al enfermo a un servicio de urgencias o a un hospital psiquiátrico:

- No dejar a la persona sola hasta que se disponga de ayuda.
 - Alejar del potencial suicida todos aquellos útiles y/o drogas que pueda utilizar para su fin.
 - Puede ser necesaria medicación y/o hospitalización inmediata, hasta que la crisis se regule.
-

Participar activamente en el tratamiento del paciente:

- El paciente suicida puede a menudo dudar acerca de la idoneidad del tratamiento.
 - Si se le prescribe medicación, puede ser importante tomar un papel activo y estar seguro de que el paciente cumple la prescripción.
-

Bibliografía

- *** American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. APA, 1997.
- *** American Suicide Foundation: What to do if you suspect a loved one may be contemplating suicide. American Suicide Foundation, 1996.
- * Bellack AS, Mueser KT: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1993, 19 (2): 317-336.
- * Cooper S, Kelly C, King D: 5-hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behavior in schizophrenia. *Lancet* 1992, 340: 940-941.
- * Davis JM: Maintenance medication. En: *Depot Neuroleptics: A Consensus*. Barnes TRE (ed.). London: Mediscript, 1988.
- * Drake RE, Gates C, Cotton PG, Whitaker A: Suicide among schizophrenics: Who is at risk?. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984, 172: 613-617.
- * Faustman W, Ringo D, Faul K: An association between low levels of 5-HIAA and HVA in cerebrospinal fluid and early mortality in a diagnostically mixed psychiatry sample. *Br J Psychiat* 1993, 163: 519-521.
- *** Federación Francesa de Psiquiatría: Stratégies thérapeutiques a long terme dans les psychoses schizophréniques. Texte du consensus. Paris: Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux, 1994.
- * Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C: Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiat* 1997; 154: 199-204.
- * Goldstein M: La educación y el tratamiento de la familia impide la recaída. Importancia del Cumplimiento del Tratamiento en la Esquizofrenia. Simposio Lundbeck. Copenhagen, Noviembre 1993.
- *** González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J: Programas para grupos de alto riesgo. En: *Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas*. Bobes J, González JC, Sáiz PA (eds.). Barcelona: Masson, S.A., 1997.
- ** Haas G: Suicidal behavior in schizophrenia. En: *Review of Suicidology, 1997*. Maris RW, Silverman MM, Canetto SS (eds.). New York: The Guilford Press, 1997.
- * Hogarty GE, Ulrich RF, Mussare F, Aristigueta N. Drug discontinuation among long-term successfully maintained schizophrenic outpatients. *Dis Nerv Syst*. 37:494-500. 1976.
- * Johnson DAW. The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiat Scand*. 53:298-301. 1976.
- *** Kane JM, Marder SR: Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1993; 19 (2): 287-302.
- *** Kissling W, Kane JM, Barnes TRE et al: Diretrices para la prevención de recidivas de la esquizofrenia con neurolépticos: Avances hacia un consenso. En: *Diretrices para la Prevención de Recidivas de la Esquizofrenia con Neurolépticos*. Kissling W (ed.). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1994.
- *** Rodríguez Martínez A: El suicidio en la esquizofrenia. En: *La conducta suicida*. Ros Montalban S (ed.). Madrid: Editorial Libro del A_o SL, 1997.
- ** Roy A: Serotonin, suicide and schizophrenia. *Can J Psychiat* 1993, 38: 369.
- ** Roy A: Suicide in schizophrenia. En: *Suicide: Biopsychosocial approaches*. Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN (eds.). Amsterdam: Elsevier, 1997.
- *** The Expert Consensus Panel for Schizophrenia: Expert consensus treatment guidelines for schizophrenia: A guide for patients and families. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996; 57 (supl. 123): 51-58.