

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol.4, número 2, 2004



LA **E**SQUIZOFRENIA: **D**ÉFICITS Y **T**RATAMIENTO

Berta Moreno Küstner
(Compiladora)

Fundada en 2001

Director: Víctor Aparicio Basauri

Subdirector: José Filgueira Lois

Secretario de Redacción: José A. Fernández Menéndez

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Alberto Durán Rivas, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

e-mail: aenasturias@hotmail.com
www.asoc-aen.es

Ilustración de la cubierta: Edward Hooper.
Gente al sol, 1960. Smithsonian Institution. Washington.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 750

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 4 - Núm. 2 - 2004

PRESENTACIÓN

ARTÍCULOS ORIGINALES

**Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia:
algo más que la investigación básica**

M. F. Soriano, J. F. Jiménez, R. Martínez

Falta de insight en la esquizofrenia

R. Martínez, B. Moreno, M. F. Soriano

Tratamiento psicológico de la esquizofrenia

J. F. Jiménez, J. C. Maestro, B. Moreno

Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada

J. C. Maestro, J. F. Jiménez

INFORMES

Propuesta para un acuerdo por la sanidad pública (España)

RESEÑAS

REUNIONES CIENTÍFICAS

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Presentación

Hoy día, la esquizofrenia sigue siendo motivo de reflexión e investigación y la ciencia continúa avanzando en el descubrimiento de factores tanto ambientales como genéticos al plantear la etiología y evolución de esta enfermedad.

Este número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria recoge cuatro trabajos de revisión sobre aspectos diferentes de la esquizofrenia. Los temas tratados van desde las alteraciones cognitivas y la falta de insight en la esquizofrenia, el tratamiento psicológico de las personas con este trastorno y por último se abordan las características de los pacientes de larga estancia, centrándose en las nuevas alternativas para la hospitalización prolongada.

Aunque los temas tratados son dispares, los estudios que a continuación se presentan tienen dos características en común. Todos suponen una actualización y una puesta al día en la investigación sobre la esquizofrenia mediante una revisión teórica del tema que tratan. Todos los autores son psicólogos que colaboran en el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, el cual tiene entre sus líneas prioritarias la investigación de la esquizofrenia desde diferentes enfoques como son la epidemiología y psiquiatría social, los estudios genéticos y la evaluación de las necesidades clínicas y asistenciales del grupo de personas que presentan una enfermedad mental de larga evolución.

Con esta publicación deseamos aportar nuestro grano de arena para un mejor conocimiento de la esquizofrenia que permita llevar a cabo un tratamiento integral del paciente y un desarrollo adecuado de la psiquiatría comunitaria.

Berta Moreno Küstner

Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia: Algo más que investigación básica.

Cognitive distortions in schizophrenia: Beyond basic research.

M^a Felipa Soriano Peña

*Psicóloga clínica. Departamento de Psicología Experimental
y Fisiología del Comportamiento.
Universidad de Granada*

Juan Francisco Jiménez Estévez

*Psicólogo clínico. Unidad de Rehabilitación de Área. H.U. San Cecilio.
Granada*

Rafael Martínez Leal

*Psicólogo. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Granada*

RESUMEN

En este trabajo revisaremos los resultados de las más recientes investigaciones sobre alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. Aunque, los primeros estudios encontraron un rendimiento deficitario de los pacientes esquizofrénicos en prácticamente todas las tareas cognitivas, pronto se evidenció un mayor déficit en tareas que implicaban procesos atencionales y/o de memoria. Por lo que se refiere a los procesos atencionales, se ha venido encontrando un rendimiento inferior, únicamente, cuando la tarea requiere una atención de tipo controlado; mientras que en el caso de los procesos de memoria se ha encontrado una actuación deficitaria en una amplia variedad de tareas y con distinto material. En la actualidad, los resultados más consistentes se agrupan en torno a tres grandes áreas: la memoria semántica, la memoria de trabajo¹, y la monitorización de la fuente o el origen de los recuerdos. A continuación revisaremos la evidencia sobre alteraciones cognitivas en estas áreas, y las conclusiones que se pueden derivar de la misma.

Palabras clave: esquizofrenia, cognición, memoria, neuropsicología.

ABSTRACT

In this article recent research concerning cognitive deficits in schizophrenia has been revised. Research has shown that cognitive performance is impaired in schizophrenic patients, compared to healthy controls, but deficits are dramatically greater in tasks where attentional or memory processes are involved. Attentional deficits have only been observed when the task involved controlled processes, whereas memory deficits have been observed in a wide variety of tasks and materials. Consistent evidence in support for cognitive deficits has been found in three areas: semantic memory, working memory, and source monitoring. We revised the evidence and the conclusions than can be derived.

Keywords: schizophrenia, cognition, memory, neuropsychology.

(1) Dado que al hablar de memoria de trabajo lo haremos según el modelo de Baddeley (1986), y los procesos atencionales controlados se engloban dentro del ejecutivo central de la memoria de trabajo en este modelo, incluiremos la investigación sobre procesos atencionales de tipo controlado en el apartado de memoria de trabajo.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia han sido señaladas por investigadores y clínicos desde hace muchos años. Ya Bleuler (1911), definió el “desorden de pensamiento” como el síntoma definitorio de este trastorno. Según él, la fragmentación de pensamientos, ideas, asociaciones... en la mente de los pacientes sería la alteración básica subyacente en el trastorno. Sin embargo, no es hasta finales de los 80 cuando se comienzan a investigar de forma sistemática las alteraciones cognitivas presentes en la esquizofrenia. Los primeros estudios encuentran que los individuos con esquizofrenia presentan un rendimiento bastante inferior al de controles sanos en prácticamente todas las tareas cognitivas y neuropsicológicas. En la actualidad, sin embargo, se están delimitando cada vez con mayor precisión los procesos cognitivos alterados, y los preservados, así como la relación de esta alteración con tipos de sintomatología (Brebion, 1997; Voruganti y col, 1997), con el curso de la enfermedad (Gold y col, 1999), o incluso con la medicación (Velligan y Miller, 1999; Kasper y Resinger, 2003; Mishara y Goldberg, 2004). En este sentido, el estudio de las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia atraviesa un momento apasionante. Y esto se debe a una serie de cambios en distintos ámbitos.

Por un lado, a nivel teórico, hay una vuelta a la idea bleuleriana de búsqueda de mecanismos subyacentes alterados. Andreasen (2002) ha enfatizado recientemente la importancia de retomar la búsqueda de los mecanismos básicos alterados en la esquizofrenia, frente a la predominancia dada durante años a síntomas observables. Los síntomas no están presentes en todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia; y a su vez, pueden estar presentes en otros trastornos, por lo que no pueden constituir la esencia de la enfermedad. Lo nu-

clear consistiría en una anomalía en uno, o varios, procesos cognitivos, en estrecha relación con anomalías en circuitos cerebrales. Desde esta perspectiva se entienden los síntomas psicóticos presentes en la esquizofrenia como derivados de alteraciones en procesos cognitivos subyacentes.

Por otro lado, la investigación está avanzando hacia una mayor especificación de las alteraciones a nivel cognitivo y cerebral. Las líneas de investigación dentro de la Psicología Cognitiva han permitido conocer con más detalle qué tipo de procesos está implicado en cada tarea neuropsicológica, y diseñar nuevas tareas para medir procesos muy específicos. Además, los avances en las técnicas de cartografía cerebral se están aplicando de forma creciente a pacientes esquizofrénicos. Las investigaciones con estas técnicas están mostrando alteraciones, no sólo estructurales, sino también funcionales, que concuerdan frecuentemente con los déficits observados en pacientes esquizofrénicos en el rendimiento en distintas tareas.

Finalmente, a nivel práctico, hay un interés creciente por la aplicación del conocimiento derivado de estas investigaciones en la rehabilitación cognitiva de estos pacientes. Se estudia la eficacia de distintos procedimientos de rehabilitación. Y cada vez más se aborda de forma conjunta en la bibliografía la evaluación de las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia y su rehabilitación (Penades y col., 1999; Rund y Borg, 1999).

MEMORIA SEMÁNTICA

La memoria semántica es el almacén de memoria a largo plazo donde se almacena el conocimiento general acerca del mundo de forma descontextualizada, es decir, el cono-

cimiento no vinculado al momento o lugar en el que lo adquirimos. Los primeros estudios que se centraron en la memoria semántica en la esquizofrenia utilizaron tareas de clasificación o definición de conceptos (ver McKenna y col., 1994), con resultados bastante contradictorios. Pero los estudios más recientes, y que han aportado resultados más interesantes en este área, son sin duda los que utilizan el priming semántico.

Las tareas de priming semántico pueden presentar ligeras variaciones (nombrar dibujos, decisión léxica...), pero la lógica es común. Se presenta un estímulo prime muy brevemente, y después de un intervalo variable, un estímulo objetivo al que el participante debe responder (nombrándolo, decidiendo si es un palabra o no...). Cuando el estímulo prime está relacionado semánticamente con el estímulo objetivo, la respuesta al estímulo objetivo es más rápida y más precisa.

En uno de los primeros estudios con priming semántico en esquizofrénicos (Manschreck y col., 1988), se encontró un aumento del priming en pacientes en comparación con el grupo control, especialmente en aquellos que mostraban desorganización del pensamiento. Estos autores sugirieron que asociaciones semánticas activadas, o desinhibidas, estaban a la base del síntoma de pensamiento desorganizado, de modo que durante el discurso se produce la intrusión de palabras semánticamente asociadas a aquellas previamente emitidas. Esta idea ha sido explorada con profundidad en los años posteriores.

Spitzer y col. (1993) utilizan una tarea de decisión léxica en un paradigma de priming semántico en el que manipulan el intervalo entre el prime y objetivo (SOA), en 200 y 700 ms; y el tipo de priming, que podía ser directo (palabras directamente relacionadas)

o indirecto (palabras indirectamente relacionadas). Con un SOA de 200 ms, los participantes controles y esquizofrénicos no desorganizados no mostraban priming indirecto, pero sí los esquizofrénicos con desorganización del pensamiento. Con un SOA de 700 ms, se observó un priming semántico indirecto en todos los grupos. Estos resultados son consistentes con la hipótesis de Manschreck y col (1988), y vuelven a sugerir una mayor activación, o desinhibición, en las redes asociativas en memoria semántica, asociada a la desorganización del pensamiento. Además, la diferencia entre grupos sólo se observa con SOA de 200 ms, indicando que el efecto se debe a procesos rápidos, de tipo automático, más que a procesos controlados.

Sin embargo, Barch y col. (1996) encuentran resultados divergentes utilizando un paradigma de priming semántico con una tarea de pronunciación de palabras. Observan que, con SOAs inferiores a 950 ms, no hay diferencias entre pacientes esquizofrénicos y controles, mientras que con SOA de 950 ms, los pacientes muestran un menor priming. La desorganización del pensamiento no estaba asociada con un mayor priming en ningún SOA. Los autores concluyen que los pacientes con esquizofrenia presentan un priming semántico automático intacto, pero sufren déficits en los procesos de tipo controlado que influyen en el priming en SOAs elevados.

No obstante, los resultados de Spitzer han recibido apoyo de investigaciones posteriores. Goldberg y col. (1998) analizan cuáles son los déficits cognitivos que subyacen a la desorganización del pensamiento. Con este objetivo, pasan a un mismo grupo de pacientes y controles sanos una variedad de tareas atencionales, de memoria de trabajo y de memoria semántica, y aplican análisis de

regresión. Encuentran que sólo la diferencia entre la fluidez fonológica y semántica predice el síntoma de pensamiento desorganizado, por lo que concluyen que este síntoma resulta de alguna alteración en el procesamiento semántico. Los autores sugieren que los pacientes con una desorganización del pensamiento severa podrían tener dificultades en el acceso a memoria semántica, “debido a una desorganización del sistema semántico”. Posteriormente, (Aloia y col., 1998) aplican un paradigma de priming semántico y encuentran una disminución del priming en pacientes, especialmente en aquellos que presentan desorganización cognitiva. Sin embargo, en este caso el intervalo de exposición del prime era elevado (los participantes tenían que pronunciar también el prime); por tanto, los resultados son concordantes con los de Barch y col., (1996), donde se observan déficits en procesos controlados a SOAs elevados.

Moritz y col. (2002) replican los resultados obtenidos por Spitzer y col. (1993) utilizando en este caso una tarea de pronunciación de palabras. De nuevo encuentran un efecto de priming indirecto sólo en pacientes con desorganización cognitiva, pero no en pacientes no desorganizados o en controles sanos.

Gouxoulis-Mayfrank y col. (2003) realizan un interesante estudio longitudinal en el que utilizan una tarea de decisión léxica en un paradigma de priming semántico, de nuevo con SOA reducido (500 ms). Encuentran que los pacientes con desorganización muestran un aumento del priming en comparación con pacientes no desorganizados y controles, pero sólo cuando estaban en fase aguda. Cuando son evaluados 4 meses más tarde, presentan un priming normal, junto con una mejoría clínica. Dado que la mejoría en sintomatología incluía el síntoma

de desorganización cognitiva, los datos parecen señalar que el déficit en el procesamiento semántico automático está ligado al estado del paciente (y no constituye un rasgo estable en la enfermedad); y en particular al síntoma de desorganización.

En conjunto, los estudios de priming semántico parecen indicar diferencias entre esquizofrénicos y controles que varían en función del SOA utilizado. Cuando se han utilizado SOAs inferiores a 900 ms., se ha encontrado normalmente un aumento del priming (o un priming indirecto que no se observa en participantes sanos) en pacientes que presentan un pensamiento desorganizado. Dado que el efecto de priming con SOAs reducidos se ha interpretado como debido a procesos de activación automática en la red semántica, los resultados parecen sugerir que existe una mayor activación (o menor inhibición) en la representación semántica en estrecha asociación con el síntoma de desorganización del pensamiento. Por otra parte, con SOAs superiores a 900 ms, se ha encontrado un priming normal o reducido, lo que podría derivarse de alguna alteración en procesos de tipo controlado. Estos procesos estarían relacionados con las expectativas, o con la búsqueda consciente en memoria de elementos relacionados para anticipar el estímulo objetivo. Por tanto, son procesos extraléxicos, no de memoria semántica, sino más en relación con procesos del ejecutivo central.

Los estudios con potenciales evocados son consistentes con esta conclusión de una mayor activación automática en la red semántica en pacientes con desorganización del pensamiento. Por ejemplo, Mathalon y col. (2002) estudiaron el componente N400 en una tarea de priming. N400 es elicitado por estímulos semánticos que no están relacionados con el estímulo previo. Los autores

observaron que los pacientes con esquizofrenia presentaban un N400 reducido cuando el objetivo venía precedido por un prime no relacionado. Este resultado sugiere que se produce algún tipo de priming en pacientes aún cuando el estímulo prime esté muy remotamente relacionado con el objetivo, y por eso se observa un N400 reducido; idea consistente con una excesiva distribución automática de activación a través de la red semántica en pacientes esquizofrénicos. Igualmente, Condray y col. (2003) encontraron un N400 reducido en pacientes tanto en SOA de 250 como de 700 ms., por lo que sugieren que los pacientes esquizofrénicos presentan una alteración en el acceso a memoria semántica tanto en los procesos automáticos de activación como en los de atención controlada.

Otra línea de investigación que ha estudiado alteraciones en memoria semántica es la que utiliza tareas de fluidez. En las tareas de fluidez semántica, los participantes deben decir todas las palabras que se les ocurran relacionadas con una categoría, durante un intervalo temporal pequeño (normalmente 1 minuto). En tareas de fluidez fonológica, deben decir palabras que comiencen por una letra determinada. Se ha encontrado (Granholt y col., 1998; Rossell y col., 1999) que los pacientes esquizofrénicos presentan un déficit mayor en tareas de fluidez semántica que fonológica, en comparación con participantes sanos. Este dato se ha interpretado a favor de una alteración en memoria semántica en esquizofrénicos. Sin embargo, las tareas de fluidez son cognitivamente muy complejas, y requieren la implicación de procesos controlados de alto nivel, por lo que pensamos que es aventurado concluir de estos datos que existe una alteración semántica. Además, en el caso de que exista dicha alteración, no podemos precisar si se encuentra en la representación semántica en sí, o en procesos de codificación, o recupera-

ción en memoria semántica. De igual modo ocurre con aquellos estudios que exploran la organización semántica que presentan elementos recuperados en una tarea de recuerdo libre. Por ejemplo, Brebion y col. (2004), utilizan tareas de recuerdo libre con listas no relacionadas semánticamente, y relacionadas en categorías semánticas. Observan que los pacientes presentan una menor organización semántica de los elementos en la prueba de recuerdo. Como hemos comentado previamente, este tipo de tareas no nos permite especificar claramente la alteración cognitiva responsable de los resultados.

Por tanto, los resultados de las investigaciones mencionadas sugieren que existe una alteración en memoria semántica en pacientes esquizofrénicos. Aunque algunos autores (Goldberg y col., 1999) proponen que dicha alteración consiste en una desorganización de la representación semántica, la mayoría (Granholt y col., 1998, Gouzolis-Mayfrank y col., 2003) sugieren por el contrario que la alteración reside en los procesos automáticos de activación-inhibición dentro de la red semántica. Esta segunda hipótesis es la más respaldada por la evidencia, fundamentalmente por los datos de los estudios de priming semántico. La observación en pacientes de un mayor priming, o un priming con estímulos relacionados indirectamente, sólo cuando el intervalo entre el prime y el objetivo es muy pequeño (inferior a 500 ms), sugiere que existe una mayor activación (o menor inhibición) automática entre conceptos almacenados en memoria. La mayoría de las investigaciones han encontrado este aumento del priming sólo en pacientes que presentan desorganización del pensamiento, por lo que podría ser el mecanismo cognitivo que esté a la base de dicho síntoma y que explique sus características (la ensalada de palabras, la incoherencia, la fuga de ideas...).

MEMORIA DE TRABAJO

La memoria de trabajo es probablemente el sistema de memoria que se ha estudiado más extensivamente en la esquizofrenia. La memoria de trabajo (Baddeley, 1986) es el sistema encargado del almacenamiento temporal y procesamiento simultáneo de la información. Consta de dos subsistemas de almacenamiento, el lazo fonológico, que se encarga de la información verbal, y la agenda visoespacial, de la información visual y espacial; y de un ejecutivo central, que es responsable de la coordinación del procesamiento de la información. El ejecutivo central se encarga de una serie de procesos controlados que actúan de forma flexible, consumen recursos atencionales y permiten realizar actividades cognitivas complejas.

Los primeros estudios sobre memoria de trabajo (MT) en la esquizofrenia utilizaron tareas que implican varios procesos ejecutivos, como la generación aleatoria (Horne y col., 1982), la tarea WISCOSIN (Fey, 1951, Goldberg y col., 1987), o STROOP (Wapner y col., 1960). Sin embargo, la investigación en esta área ha ido avanzando hacia una mayor especificación de los procesos y subsistemas alterados dentro de la MT en la esquizofrenia. Además, de nuevo las técnicas de cartografía cerebral han proporcionado datos en muchos casos consistentes con los encontrados con técnicas conductuales.

Las tareas que implican de forma más pura sólo almacenamiento en MT son probablemente las tareas de respuesta demorada. En ellas, aparece un estímulo brevemente (200 a 500 ms). Después de una demora también breve (de 7 a 10 segundos), durante la cual se presenta alguna tarea distractora, el participante debe recordar el estímulo (o estímulos) presentado. La tarea puede ser de

respuesta demorada espacial (debe recordar la posición del estímulo), visual (debe recordar un estímulo visual) o verbal (el estímulo es verbal).

Park y col. (1999) utilizó una tarea de respuesta demorada espacial con pacientes esquizofrénicos en un estudio longitudinal. Encontró que los pacientes presentan un rendimiento muy deficitario en la tarea espacial. A los 4 meses, a pesar de que se observó una mejoría en la sintomatología de los pacientes, el rendimiento en la tarea continuaba siendo inferior al de controles sanos. Los datos sugieren que la alteración en el almacenamiento espacial en MT es una característica estable en la esquizofrenia.

Wexler y col. (1998) evaluaron el lazo fonológico utilizando una tarea de respuesta demorada a tonos y a palabras. Encontraron que los esquizofrénicos mostraban déficits cuando debían mantener en memoria palabras, pero tenían un rendimiento similar a los controles cuando el estímulo era un tono. Por tanto, concluyeron que los esquizofrénicos presentan una alteración en MT verbal, pero tienen conservado el almacenamiento no verbal. Sin embargo, la tarea no verbal es mucho más difícil para ambos grupos (es más complicado recordar un tono que una palabra) por lo que no resulta muy adecuado comparar estas dos tareas.

Existen algunos estudios que han comparado el rendimiento de esquizofrénicos cuando la tarea exige sólo almacenamiento de información (implican sólo subsistemas de almacenamiento de la MT) y cuando exige almacenamiento y manipulación simultánea de la información (implican subsistemas de almacenamiento y procesos ejecutivos). Perry y col. (2001) utilizan la tarea de dígitos hacia delante y hacia atrás del WAIS, el WISCONSIN y la torre de Hanoi.

Encuentran un rendimiento deficitario en los pacientes esquizofrénicos en todas las tareas. No observan un déficit mayor en las tareas que implican procesos ejecutivos (torre de Hanoi y WISCOSIN). Encuentran una correlación entre el rendimiento en todas las tareas, y esta correlación es similar en pacientes y en controles. Los autores concluyen que existe una alteración en todos los subsistemas de la MT en la esquizofrenia, no un déficit diferencial.

Más interesante y metodológicamente más correcto es el estudio de Kim y col. (2004). Perry y col. (2001) utilizan tareas escasamente comparables entre sí. Por ejemplo, entre la tarea de amplitud de dígitos del WAIS y el WISCOSIN existe una diferencia abismal, por lo que suponer procesos compartidos o diferentes entre ellas es totalmente aventurado. El hecho de que los pacientes presenten déficits en todas ellas no permite derivar conclusiones directas. Kim y col. (2004) utilizan un conjunto de tareas de respuesta demorada espacial y verbal, que se diferencian solamente en que unas requieren solamente mantener la información en memoria hasta que se pida la respuesta, y otras requieren mantener la información y simultáneamente manipularla (por ejemplo, rotar una imagen 90 grados). La carga de memoria (el número de estímulos presentados) también se manipula entre tareas. Encuentran que los pacientes obtienen un rendimiento inferior a los controles en todas las tareas; sin embargo, el deterioro en el rendimiento es significativamente mayor cuando las tareas requieren mantenimiento y manipulación de la información. Los resultados fueron similares en tareas verbales y espaciales; y el rendimiento en función de la carga de memoria fue equivalente en pacientes y controles. Por tanto, aunque tanto los subsistemas de almacenamiento como los procesos ejecutivos de la

MT están deteriorados en la esquizofrenia, los procesos ejecutivos están mucho más severamente afectados.

En el estudio de la alteración de procesos ejecutivos, la mayoría de las investigaciones han utilizado las tareas WISCOSIN o STROOP. Existe una gran cantidad de estudios que han mostrado que los esquizofrénicos tienen un rendimiento deficiente en la tarea WISCOSIN. Pero, como no existe acuerdo en la actualidad sobre qué procesos ejecutivos están implicados en esta tarea (planificación, flexibilidad cognitiva, inhibición de respuestas...), pensamos que estos estudios no nos ayudan a conocer los déficits ejecutivos en la esquizofrenia y no los mencionaremos aquí. En cuanto a la tarea STROOP, existe un mayor acuerdo en cuanto a que implica fundamentalmente la inhibición de respuestas predominantes (inhibición de una respuesta muy automatizada, leer la palabra, a favor de una menos habitual, nombrar el color en que está escrita). Hugué y col. (2001), en una revisión, concluyen que la mayoría de los estudios encuentran un mayor efecto STROOP en pacientes esquizofrénicos, reflejando una mayor dificultad para inhibir respuestas predominantes. Consistente con estos resultados, en estudios que han utilizado técnicas de neuroimagen se ha encontrado una menor activación del giro cingulado durante la realización de la tarea en pacientes que en controles.

En relación con la inhibición, resulta interesante el estudio de Waters y col. (2003), que han evaluado este proceso ejecutivo con tareas diferentes al STROOP. En una de ellas, los participantes debían completar frases con una palabra que no estuviese relacionada con el significado de la frase. En la otra, se presentaban una serie de dibujos en 4 bloques. Los participantes debían identificar qué dibujos se habían repetido dentro de ese

bloque, pero no los que se habían repetido en bloques diferentes. Para realizar con éxito esta tarea, los participantes debían suprimir en cada bloque los dibujos de bloques anteriores, con lo que se requiere la inhibición de recuerdos, más que la inhibición de respuestas. Los autores encontraron que los pacientes tenían un rendimiento inferior a los controles en ambas tareas, y que este déficit correlacionaba con la severidad de las alucinaciones, pero no con el resto de sintomatología positiva o negativa. Estos resultados son novedosos en dos sentidos. Por un lado, utilizan tareas que requieren claramente procesos inhibitorios de tipo intencional, controlado. Por otro lado, relaciona el déficit encontrado con las alucinaciones, lo que tiene importantes implicaciones a nivel teórico. Sugiere un paralelismo entre alucinaciones y pensamientos intrusivos, de modo que las alucinaciones podrían relacionarse con una incapacidad para suprimir pensamientos indeseados.

Los procesos inhibitorios también se han explorado utilizando paradigmas de priming negativo. El priming negativo consiste en una mayor latencia en responder a un estímulo que ha sido recientemente inhibido por ser irrelevante en el ensayo previo. El priming negativo refleja un tipo de inhibición más atencional, y probablemente más automática, que la implicada en los estudios mencionados con anterioridad. Sin embargo, la naturaleza automática o controlada del priming negativo aún está sujeta a controversia. Recientemente, Park y col. (2002) han encontrado una reducción del priming negativo en pacientes esquizofrénicos sólo cuando estaban en fase aguda. Además, esta reducción estaba correlacionada con los síntomas positivos. Cuando, 4 meses más tarde, disminuían los síntomas positivos, se restablecía el efecto de priming. Estos datos resultan interesantes porque son de algún modo consis-

tentes con los encontrados por Waters y col. (2003), y sugieren un paralelismo entre distintos tipos de inhibición. Es posible que los síntomas positivos en la esquizofrenia (especialmente las alucinaciones) estén relacionados con una alteración en procesos inhibitorios, y que esta alteración varíe en el tiempo en correlación con la sintomatología.

Existe una creciente cantidad de estudios que han utilizado técnicas de resonancia para examinar la actividad cerebral mientras los pacientes realizan tareas de MT. En la mayoría, se ha encontrado una menor activación cerebral en zonas prefrontales durante la realización de estas tareas, asociadas a un bajo rendimiento. Por ejemplo, Perlstein y col., (2001; 2003) han utilizado técnicas de resonancia magnética funcional para examinar la actividad cerebral de pacientes y controles mientras realizaban tareas de MT. Estos autores utilizaron dos tipos de tareas: una que implicaba almacenamiento temporal en MT, manipulando la carga de la información a ser retenida (tarea de N-back) y una que requería fundamentalmente la inhibición de respuestas predominantes (una versión de la tarea AX-CPT). Encontraron que los pacientes mostraban una menor activación que los controles en una región prefrontal dorsolateral derecha durante la tarea N-back con alta carga de memoria, y también menor activación en la misma zona en la tarea AX-CPT cuando se requería la inhibición de respuestas predominantes. Esta menor activación cerebral correlacionaba con un menor rendimiento en estas condiciones. Debido a que las diferencias entre pacientes y controles aparecieron en la misma zona cerebral en ambas tareas, los autores sugieren que tanto el almacenamiento en MT como los procesos ejecutivos inhibitorios dependen de un único mecanismo de control cognitivo mediado por el córtex prefrontal dorsolateral. En la esquizofrenia se observa una hipofuncionalidad

de esta región cerebral, lo que podría constituir el mecanismo subyacente a las alteraciones de MT observadas en distintos estudios.

En resumen, existen datos consistentes en la actualidad que muestran una alteración de MT en la esquizofrenia. Esta alteración se encuentra tanto en los subsistemas de almacenamiento como en los procesos ejecutivos, aunque es más severa en estos últimos; y no parece estar relacionada con síntomas específicos, por lo que podría constituir una característica estable de la enfermedad. Estudios más recientes parecen sugerir que existe además una alteración específica en el proceso controlado de inhibición (bien de respuestas, de recuerdos, de estímulos...), y que esta alteración está relacionada con la sintomatología positiva. Esta última sugerencia resulta de gran interés, ya que un déficit en procesos inhibitorios controlados podría estar a la base de las alucinaciones, lo que apoyaría una concepción de las alucinaciones como pensamientos o ideas intrusivas que no son inhibidas. Pero existe todavía sólo una investigación que relacione un déficit inhibitorio con las alucinaciones, por lo que no tenemos resultados concluyentes en este sentido.

MONITORIZACIÓN DEL ORIGEN DE LOS RECUERDOS

Si es cierto que las alucinaciones sólo se han relacionado con alteraciones inhibitorias muy recientemente, desde hace más de 10 años se está explorando la relación entre alucinaciones y alteraciones en la monitorización de la fuente de los recuerdos. La monitorización de la fuente es un proceso que implica un juicio sobre el origen de la información recordada. Bentall (1990) propuso que las alucinaciones se deben a un sesgo consistente en atribuir erróneamente las percepciones internas a una fuente externa, de

modo que un pensamiento o idea se percibe como proveniente de algo externo (una voz). Los estudios de monitorización de la fuente han examinado la habilidad de pacientes esquizofrénicos para diferenciar entre fuentes internas y externas (p. e. un estímulo visto y uno imaginado), o diferentes fuentes externas (p. e. un estímulo oído y uno leído). Es más fácil discriminar entre fuentes internas y externas que entre diferentes fuentes externas.

Vinogradov y col. (1997) pidieron a pacientes esquizofrénicos y controles que leyesen (fuente externa) o generasen (fuente interna) palabras a partir de una frase. Después les pidieron que discriminasen entre palabras leídas, generadas o nuevas. Encontraron que los pacientes cometían más errores en la tarea, debido fundamentalmente a un sesgo hacia atribuir las palabras generadas a una fuente externa. Este sesgo no estaba relacionado con la sintomatología, y se mantenía estable después de dos años.

López-Frutos y Ruiz-Vargas (1999) exploraron con detalle este sesgo en un interesante estudio. Encontraron que los pacientes no tenían dificultad para discriminar entre dos fuentes externas: palabras leídas frente a oídas. Sin embargo, observan que el grupo de pacientes que presentaba alucinaciones mostraba un rendimiento deficitario a la hora de diferenciar entre fuentes externas (leídas) o internas (generadas). Este déficit es similar al encontrado por Vinogradov y col.: una tendencia a atribuir un origen externo a los recuerdos de origen interno (decir que han sido leídas palabras que en realidad han sido generadas por ellos mismos). No había diferencias entre pacientes no alucinadores y controles. Estos resultados son relevantes porque especifican la alteración en la monitorización de la fuente, y proporcionan evidencia a favor de la pro-

puesta de que el mecanismo a la base de las alucinaciones podría ser una tendencia a atribuir a fuentes externas las propias producciones de los pacientes.

Brèbion y col. (2000) replican estos resultados. Estos autores dividen a los pacientes en distintos grupos en función de la presencia/ausencia de 3 síntomas: alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento. De nuevo encuentran que sólo el grupo de alucinadores mostraba una mayor tendencia que los controles hacia atribuir a un origen externo los elementos que habían generado ellos mismos. Los delirios y la desorganización del pensamiento no se relacionaban con alteraciones en la monitorización de la fuente. Los autores sugieren que las alucinaciones podrían derivarse de esta tendencia a atribuir las propias producciones a otros agentes externos, mientras que alteraciones en otros mecanismos estarían a la base de los delirios y la desorganización del pensamiento.

Allen y col. (2004) observan de nuevo este sesgo utilizando una variación ingeniosa de la tarea de monitorización de la fuente. Piden a los participantes que escuchen grabaciones de adjetivos que podían ser pronunciados por ellos mismos o por otra persona, y que juzguen el origen de la grabación. De nuevo, los pacientes con alucinaciones tendían a identificar erróneamente su propia voz como la voz de otra persona.

Otros autores (Waters y col., 2004) han atribuido las alteraciones en monitorización de la fuente en la esquizofrenia a un déficit general en integrar la información contextual en memoria. Cohen y Servan-Schreiber (1992) han propuesto que en la esquizofrenia existe una dificultad en utilizar la información del contexto para guiar la conducta, y que esta dificultad es el mecanismo funda-

mental que explica los déficits que presentan los pacientes en una amplia variedad de tareas. Estos autores entienden por información contextual cualquier tipo de información reciente que ha de ser mantenida en memoria de forma temporal para la realización de cualquier tarea. Es evidente el paralelismo entre esta definición y las funciones de la MT. Waters y col. (2004) extienden esta hipótesis a los estudios sobre monitorización de la fuente, y sugieren que los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit en unir distintos tipos de información contextual (información de fuente, temporal, espacial...), para formar una única representación en memoria. Para comprobar su hipótesis, presentan a esquizofrénicos y controles pares de objetos y les piden que los observen (que observen cómo el experimentador agrupa los pares) o que los agrupen por pares, en dos sesiones diferentes. Posteriormente, les piden juicios de reconocimiento sobre los pares, juicios de monitorización de la fuente (si los han visto o los han agrupado) y juicios sobre el momento temporal del recuerdo (1^a o 2^a sesión). Encuentran que los pacientes tienen un rendimiento deficitario tanto en el reconocimiento de los pares, como en la discriminación del momento y de la fuente de los recuerdos. Sin embargo, no observan un sesgo específico en la respuesta de los pacientes. Por tanto, concluyen que la dificultad en integrar distintos tipos de información contextual en memoria es una alteración fundamental en la esquizofrenia, que explica los problemas observados en la monitorización de la fuente.

Sin embargo, estos autores no dividieron a los pacientes en subgrupos en relación a la sintomatología, por lo que el hecho de que no encuentren un sesgo en la monitorización de la fuente no contradice los estudios anteriores, que encuentran esta tendencia fundamentalmente en pacientes con aluci-

naciones. De hecho, los resultados de Waters y col. (2004) son totalmente reconciliables tanto con los estudios que muestran una tendencia en pacientes alucinadores a atribuir un origen externo a recuerdos de origen interno como con los estudios de MT mencionados en el apartado anterior. El hecho de integrar distintos elementos en un trazo de memoria unificado requiere un sistema de MT intacto: requiere mantener gran cantidad de información de forma temporal y procesarla de forma conjunta. Ya hemos visto con anterioridad que los pacientes esquizofrénicos presentan déficits en el almacenamiento en MT, y déficits aún más acentuados en los procesos ejecutivos de manipulación de información en MT. Por tanto, es de esperar que tengan dificultades en integrar distintos tipos de información (temporal, espacial y de fuente) para formar una representación en memoria, y que estas dificultades les causen problemas en los juicios de monitorización de fuente. Ahora bien, es posible que los pacientes con alucinaciones presenten una dificultad añadida en estos juicios, derivada de una tendencia a atribuir un origen externo a los recuerdos, y que esta tendencia esté a la base del síntoma. Esta sugerencia necesita ser explorada con más detalle en próximos estudios. Resulta de gran interés teórico y aplicado conocer si, como parecen indicar los datos, existen alteraciones presentes en todos los pacientes esquizofrénicos y otras presentes tan sólo en subgrupos de pacientes con determinada sintomatología. Volveremos a esta idea en el próximo apartado.

CONCLUSIONES

¿Qué sabemos de las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia? ¿Existe evidencia consistente a través de los estudios sobre estas alteraciones? En los estudios mencionados hemos observado a veces resultados

consistentes, y que se replican en diferentes estudios, y otros contradictorios entre sí. Normalmente una lectura atenta permite explicar los resultados contradictorios en función de ligeras diferencias en las tareas utilizadas, o de la división en subgrupos de los pacientes. Existen investigaciones (cada vez menos, afortunadamente) que no evalúan la relación entre los déficits cognitivos encontrados y la sintomatología. A veces es complicado dividir a los pacientes en grupos en función de los síntomas debido a un número pequeño de pacientes, o a que el grupo de pacientes es demasiado homogéneo como para conseguir subgrupos de suficiente tamaño. A pesar de estas dificultades, la investigación en los últimos años ha aportado datos relevantes y novedosos. A continuación resumimos los hallazgos, a nuestro juicio, más apoyados por la evidencia.

En primer lugar, existe una alteración importante en la MT en los pacientes esquizofrénicos, independientemente de la sintomatología que presenten y del momento de su enfermedad. Esta alteración reside tanto en los subsistemas de almacenamiento verbal y visoespacial como en el ejecutivo central. Sin embargo, estudios recientes (Leiderman y Strejilevich, 2004; Kim y col., 2004) indican que la alteración es significativamente más importante en este último componente, de modo que la mayoría de procesos ejecutivos, de tipo controlado, son claramente deficitarios en estos pacientes. Es importante tener muy en cuenta este dato, ya que los procesos ejecutivos se encuentran implicados en una gran variedad de tareas cognitivas. Por tanto, una alteración en los procesos ejecutivos podría influir en un rendimiento deteriorado de los pacientes en muchas tareas. Esta alteración en la MT también dificulta que los pacientes construyan representaciones integradas en memoria durante

cualquier tipo de aprendizaje. De este modo, les resulta difícil unir el contenido de cualquier aprendizaje con el contexto en el que lo aprendieron. De igual modo, tendrán dificultad para cambiar de objetivo de forma flexible y adecuada al entorno.

En segundo lugar, existen alteraciones ligadas a tipos de sintomatología. La evidencia sugiere que una alteración en los procesos automáticos de activación-inhibición de información a través de la red de conocimiento semántico está a la base de la desorganización del pensamiento que presentan algunos pacientes esquizofrénicos.

Asimismo, una tendencia a atribuir sus propias producciones (ideas, recuerdos, e incluso su propia voz escuchada en una grabación) a otras personas es probablemente el mecanismo que subyace a las alucinaciones. También podría influir en este síntoma un déficit para inhibir intencionalmente, de forma que no puedan suprimir pensamientos o ideas no deseadas.

Desde nuestro punto de vista, estas aportaciones tienen importantes implicaciones, en tres niveles:

En primer lugar, el conocimiento sobre alteraciones presentes en todos los pacientes o sólo en subgrupos de pacientes con determinada sintomatología nos sitúa frente a una antigua polémica: si estamos ante un trastorno que presenta variaciones o ante distintos trastornos con algunos rasgos en común.

En segundo lugar, conocer las alteraciones cognitivas que subyacen a los síntomas nos puede ayudar a entender fenomenológicamente que está experimentando en su mente un paciente con desorganización del pensamiento, o un paciente que alucina.

En tercer lugar, el conocimiento sobre alteraciones cognitivas nos puede ser de gran utilidad en la rehabilitación cognitiva de los pacientes. Esta es sin duda la aplicación más importante que debemos derivar de estas investigaciones. En la actualidad, el panorama (en la investigación y en la práctica) de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia es más bien pobre. Existen programas de rehabilitación muy generales, dirigidos a entrenar una amplia gama de funciones cognitivas: atención, percepción, memoria... Sin embargo, hoy en día conocemos que sólo están alteradas algunas funciones cognitivas, unas asociadas a todos los pacientes y otras a subgrupos, ¿por qué entrenar todo?. En España no existen programas dirigidos específicamente a estos pacientes, por lo que sólo se pueden utilizar programas de entrenamiento cognitivo dirigidos a otras poblaciones (niños, ancianos...). No es este el caso del subprograma cognitivo de la IPT de Roder y Brenner (1996). Sin embargo, en nuestra opinión, este conocido intento de sistematizar un procedimiento de rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia, utiliza ejercicios que implican funciones cognitivas complejas más relacionados con los conocimientos tradicionales acerca de los déficits cognitivos de esta población que con los recientes conocimientos sobre subprocesos específicos que acabamos de describir. Y, finalmente, poco se conoce sobre la eficacia de la rehabilitación cognitiva, en los resultados globales del tratamiento de personas con esquizofrenia (curso de la enfermedad, funcionamiento personal y sociolaboral). Es prioritario, en primer lugar, diseñar programas (en distintos formatos: individuales, informatizados, para su aplicación en grupo...) cuyo objetivo sea el entrenamiento de las funciones específicamente deficitarias. En segundo lugar, evaluar su eficacia: si es posible la rehabilitación, si son permanentes sus efectos,

si todas las funciones son susceptibles de entrenarse o sólo algunas, si todos los formatos son igualmente eficaces... No es suficiente con aplicar un programa general y evaluar su eficacia, es necesario examinar todos los factores mencionados. Por ejemplo, Fiszdon y col (2004) aplican un programa de entrenamiento en dos tareas de MT: la tarea de amplitud de dígitos (implica sólo almacenamiento) y una tarea de posición serial de palabras (implica almacenamiento y manipulación de la información), y lo comparan con un grupo que no recibe este entrenamiento. Encuentran que el entrena-

miento produce una mejoría en la tarea de amplitud de dígitos que se mantiene a los 6 meses, pero no se observa un mejor rendimiento tras el entrenamiento en la tarea de posición serial. Los resultados sugieren que este tipo de entrenamiento resulta efectivo en algunas tareas, pero no en todas.

Esperemos que la investigación sobre rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia siga en los próximos años un camino tan fructífero como el que ha seguido la investigación sobre alteraciones cognitivas en la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Bleuler E.** Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. International Universities Press: New York; 1911.
2. **Brèbion G., Smith M. F., Amador X., Malaspina D., Gorman J. M.** Clinical Correlatos of Memory in Schizophrenia: Differential Links Between Depresión, Positive and Negative Symptoms, and Two Types of Memory Impairment. *American Journal of Psychiatry.* 1997;154: 1538-1543.
3. **Voruganti L. N. P., Heslegrave R. J., Awad A. G.** Neurocognitive Correlates of Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry.* 1997; 42:1066-1071.
4. **Gold S., Arndt S., Nopoulos P., O'Leary D. S., Andreasen N. C.** Estudio longitudinal de la función cognitiva en la esquizofrenia de aparición reciente y en el primer brote esquizofrénico. *American Journal of Psychiatry.* 1999;156 (9):1342-1348.
5. **Velligan D. I, Miller A. L.** Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance to outcome: the place of atypical antipsychotics in treatment. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1999;60: 25-8.
6. **Kasper S., Resinger E.** Cognitive effects and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28:27-38.
7. **Mishara A. L., Goldberg T. E.** A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. *Biological Psychiatry.* 2004;55(10):1013-22.
8. **Penades R., Boget T., Salamero M., Catarineu S., Bernardo M.** Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 1999;27 (3):198-202.
9. **Rund B. R., Borg N. E.** Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatrica Scandinava.* 1999;100:85-95.
10. **Mckenna P. J., Mortimer A. M., Hodges J. R.** Semantic Memory and Schizophrenia. En David AS, Cutting JC (eds.), *The Neuropsychology of Schizophrenia.* Psychology Press.1994.
11. **Manschreck T. C., Maher B. A., Milavetw J. J., Ames D., Weisstern C. C., Schneyer M. K.** Semantic priming in thought disordered schizophrenic patients. *Schizophrenia Research.* 1988;1:61-66.
12. **Spitzer M., Braun U., Hermle L., Maier S.** Associative Semantic Network Dysfunction in Thought-Disordered Schizophrenic Patients: Direct Evidence from Indirect Semantic Priming. *Biological Psychiatry.* 1993;34:864-877.
13. **Barch D. M., Cohen J. D., Servan-Schreiber D., Steingard S., Steinhauer S. S., Kammen D. P.** Semantic Priming in Schizophrenia: An Examination of Spreading Activation Using Word pronunciation and Multiple SOAs. *Journal of Abnormal Psychology.* 1996;105 (4):592-601.

- 14. Goldberg T. E., Aloia M. S., Gourovitch M. L., Missar D., Pickar D., Weinberger D. R.** Cognitive Substrates of Thought Disorder, I: The Semantic System. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155 (12):1671-1676.
- 15. Aloia M. S., Gourovitch M. L., Missar D., Pickar D., Weinberger D. R., Goldberg T. E.** Cognitive Substrates of Thought Disorder, II: Specifying a Candidate Cognitive Mechanism. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(12):1677-1684.
- 16. Gouzoulis-Mayfrank D., Voss T., Mörtz D., Thelen B., Spitzer M., Meincke U.** Semantic hyperpriming in thought-disordered patients with schizophrenia: state or trait? A longitudinal investigation. *Schizophrenia Research*. 2003;65:65-73.
- 17. Mathalon D. H., Faustman W. O., Ford F. M.** N400 And Automatic Semantic Processing Abnormalities in Patients With Schizophrenia. *Archives General Psychiatry*. 2002;59:641-648.
- 18. Condray R., Siegle G. J., Cohen J. D., Kammen D. P., Steinhauer S. R.** Automatic Activation of the Semantic Network in Schizophrenia: Evidence from Event-Related Brain Potentials. *Biological Psychiatry*. 2003;54:1134-1148.
- 19. Granholm E., Chock D., Morris S.** Pupillary Responses Evoked during Verbal Fluency Tasks Indicate Semantic Network Dysfunction in Schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1998;20(6):856-872.
- 20. Rossell S. L., Rabe-Hesketh S., Shapleske J., David A. S.** Is Semantic Fluency Differentially Impaired in Schizophrenic Patients with Delusions?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1999;21(5):629-642.
- 21. Brèbion G., David A. S., Jones H., Pilowsky L. S.** Semantic Organization and Verbal Memory Efficiency in Patients with Schizophrenia. *Neuropsychology*. 2004;18(2):378-383.
- 22. Baddeley A.** Working Memory. Clarendon Press: Oxford. 1982.
- 23. Horne R. L., Evans F. J., Orne M. T.** Random number generation, psychopathology and therapeutic change. *Archives of General Psychiatry*. 1982;39:680-683.
- 24. Fey E.** The performance of young schizophrenics and young normals on the Wisconsin Card sorting Test. *Journal of Consulting Psychology*. 1951;15:311-319.
- 25. Goldberg T. E., Weinberger D. R., Berman D. F., Pliskin N. H., Berman D. B., Podd M. H.** Recall memory deficit in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1982;2:251-257.
- 26. Wapner S., Krus D. M.** Effects of lysergic acid diethylamide and differences between normals and schizophrenics on the Stroop color-word test. *Neuropsychiatry*. 1960;2:76-81.
- 27. Park S., Püsichel J., Sauter B. H., Rentsch M., Hell D.** Spatial Working Memory deficits and clinical symptoms in schizophrenia: a 4-month follow-up study. *Biological Psychiatry*. 1999;46:392-400.
- 28. Wexler B. E., Stevens A. A., Bowers A. A., Sernyak M. J., Goldman-Rakic P. S.** Word and tone working memory deficits in schizophrenia. *Archives General Psychiatry*. 1998;55(12):1093-1096.
- 29. Perry W., Heaton R. K., Potterat E., Roebuck T., Minassian A., Braff D. L.** Working Memory in Schizophrenia: Transient "Online" Storage Versus Executive Functioning. *Schizophrenia Bulletin*. 2001;27(1):157-176.
- 30. Kim J., Glahn D. C., Nuechterlein K. H., Cannon T. D.** Maintenance and manipulation of information in schizophrenia: further evidence for impairment in the central executive component of working memory. *Schizophrenia Research*. 2004;68:173-187.
- 31. Hugué E., Picó N., Soriano C., Castellví M., Júlvez J., Roig T., Salamero M.** Test de Stroop y Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 2001;28(2):91-98.
- 32. Waters F. A. V., Badcock J. C., Maybery M. T., Michie P. T.** Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*. 2003;62(3):275-280.
- 33. Park S., Püsichel J., Sauter B. H., Rentsch M., Hell D.** Spatial selective attention and inhibition in schizophrenia patients during acute psychosis and at 4-month follow-up. *Biological Psychiatry*. 2002;51:498-506.
- 34. Perlstein W. M., Carter C. S., Noll D. C., Cohen J. D.** Relation of Prefrontal Cortex Dysfunction to Working Memory and Symptoms in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1105-1113.

- 35. Perlstein W. M., Dixit N. K., Carter C. S., Noll D. C., Cohen J. D.** Prefrontal Cortex Dysfunction Mediates Deficits in Working Memory and Prepotent Responding in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*. 2003;53:25-38.
- 36. Bental R. P.** The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*. 1999;107(1): 82-95.
- 37. Vinogradov S., Willis-Shore J., Poole J. H., Marten E., Ober B. A., Shenaut G. K.** Clinical and Neurocognitive Aspects of Source monitoring Errors in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(11):1530-1537.
- 38. López-Frutos J. M., Ruiz-Vargas J. M.** Presencia de alucinaciones y déficit en monitorización de las fuentes de los recuerdos en la esquizofrenia. *Archives of Neurobiology*. 1999;62(4):313-336.
- 39. Brèbion G., Amador X., David A., Malaspina D., Sharif Z., Gorman J. M.** Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia – an análisis of symptom-specific effects. *Psychiatry Research*. 2000;95:119-131.
- 40. Allen P. P., Johns L. C., Fu C. H., Broome M. R., Vythelingum G. N., McGuire P. K.** Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*. 2004;69:277-287.
- 41. Waters F. A. V., Mayberry M. T., Badcock J. C., Michie P. T.** Context memory and binding in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004;68:119-125.
- 42. Cohen J. D., Servan-Schreiber D.** Context, Cortex, y Dopamine: A Connectionist Approach to Behavior and Biology in Schizophrenia. *Psychological Review*. 1992;99(1):45-77.
- 43. Leiderman E. A., Strejilevich S. A.** Visuospatial deficits in schizophrenia: central executive and memory sub-systems impairments. *Schizophrenia Research*. 2004;68:217-223.
- 44. Roder V., Brenner H. D., Hodel B., Kienzle N.** Terapia Integrada de la esquizofrenia. Ariel Psiquiatría, Barcelona. 1996.
- 45. Fiszdon J. M., Bryson G. J., Wexler B. E., Bell M. D.** Durability of cognitive remediation training in schizophrenia: performance on two memory tasks at 6-month and 12-month follow-up. *Psychiatry Research*. 2004;125:1-7.

Dirección para correspondencia:

M^a Felipa Soriano Peña
Unidad de Rehabilitación de Área
C/ Almajara 1, 18008 Granada.
e-mail: mfsoria@ugr.es

Falta de insight en la esquizofrenia.

Lack of insight in schizophrenia.

Rafael Martínez Leal

*Psicólogo. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Granada*

Berta Moreno Küstner

*Psicóloga. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Granada*

M^a Felipa Soriano Peña

*Psicóloga clínica.
Departamento de Psicología Experimental y Fisiología del Comportamiento.
Universidad de Granada*

RESUMEN

Se hace una revisión de la definición de “falta de insight” en la esquizofrenia. Este se considera como uno de los principales problemas a los que se enfrenta el clínico para el tratamiento del paciente con esquizofrenia y, según las distintas corrientes psicológicas puede estar relacionado con la sintomatología negativa y positiva, con la clínica depresiva, con los déficits cognitivos y con otros factores clínicos. Para evaluar la falta de insight se presentan diversos cuestionarios específicos y otros más generales que evalúan este constructo. Por último se exponen, de forma somera, los diferentes tratamientos utilizados para la falta de insight como las intervenciones psicofarmacológicas, psicoeducativas, cognitivo-conductuales, la Entrevista Motivacional y la terapia de Cumplimiento Terapéutico.

Palabras clave: esquizofrenia, insight

ABSTRACT

A review about the definition of “lack of insight” in schizophrenia is presented. Lack of insight is considered one of the main problems that clinicians need to face when treating patients with schizophrenia. According to different psychological approaches, lack of insight can be related to negative and positive symptomatology, depression symptoms, cognitive deficits and other clinical factors. General and specific instruments to evaluate lack of insight in schizophrenia will be also presented. Finally, different techniques of treatment for lack of insight in schizophrenia will be stated paying special attention to psychopharmacological, psychoeducational and cognitive-behavioural interventions, Motivational interview and Compliance Therapy.

Keywords: Schizophrenia, insight

INTRODUCCIÓN

La falta de insight, en términos generales la falta de conciencia de padecer un trastorno mental, es uno de los síntomas más prevalentes en la esquizofrenia llegando a afectar a una gran parte de la población que sufre esta

enfermedad (1). El estudio PILOT–Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia- de la Organización Mundial de la Salud (2) afirma que cerca del 81% de los 811 pacientes estudiados negaban que tuviesen alguna enferme-

dad mental. En un estudio más reciente realizado para la elaboración de la IV Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (3), se encontró que cerca del 60% de las personas que padecían esquizofrenia tenían una falta de insight entre moderada y grave acerca de su enfermedad.

Actualmente existe un amplio debate respecto a la etiología de esta falta de insight en la esquizofrenia. Diversas propuestas coexisten, enfrentándose en unas ocasiones, complementándose en otras, y dificultando siempre el estudio y la comprensión de este rasgo de la enfermedad.

DEFINICIÓN DE LA FALTA DE INSIGHT

La definición de la falta de insight es elusiva, con conceptualizaciones divergentes e inconsistentes. En la práctica, los clínicos se refieren al insight como “la comprensión que tiene un paciente de la naturaleza y las causas de sus problemas mentales”. Hasta recientemente, el insight era considerado un concepto unidimensional, la persona lo tenía o no lo tenía. En la actualidad se considera que el insight es una entidad multidimensional que afecta a diferentes áreas, pudiendo estar presente en algunas de ellas y en otras no. Así, por ejemplo un paciente puede tener conciencia de su necesidad de tomar medicación y seguir atribuyendo la causa de sus síntomas a terceras personas o a un mal de procedencia mágico-religiosa. Una definición ampliamente aceptada es considerar el insight como la conciencia que tiene un paciente (1) de padecer un trastorno mental, (2) de las repercusiones sociales que este trastorno conlleva, (3) para atribuir correctamente sus pensamientos extraños y sus alucinaciones así como el resto de los síntomas a la enfermedad y (4) de la necesidad de tratamiento por este motivo (4, 5, 1).

Por lo tanto, podemos decir que un paciente presenta déficits en su insight cuando no es consciente de padecer un trastorno mental y no reconoce la presencia de síntomas específicos de su trastorno incluso cuando el clínico los confronta con él. Otro síntoma de la falta de insight sería el caso de un paciente que reconoce la presencia de síntomas y/o déficits en su funcionamiento pero que piensa que estos no están relacionados con su enfermedad, y los atribuye a cualquier otra causa. Otros pacientes pueden presentar problemas a la hora de reconocer que la enfermedad repercute en sus vidas y que tiene consecuencias tanto personales como sociales. En la práctica clínica, se aplica el término “falta de insight” cuando existe desacuerdo entre el profesional y el paciente en cuanto al problema mental que se presenta y a la necesidad de tratamiento. Otra consideración a tener en cuenta a la hora de referirnos al insight de un paciente es que el insight no es una entidad estática, muy al contrario, encontramos diferencias dependiendo del momento en el que realizamos la evaluación del insight. Es decir, existen pacientes que siendo conscientes de que sufrieron una alteración mental en el pasado son incapaces de darse cuenta de que en el presente sufren un nuevo episodio. Así mismo, encontramos pacientes que siendo conscientes de su situación actual son incapaces de reconocer que tuvieron el mismo tipo de problemas en el pasado (6).

IMPLICACIONES CLÍNICAS

La falta de conciencia respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma es uno de los problemas principales a los que debe enfrentarse el clínico a la hora de iniciar y mantener el tratamiento de un paciente esquizofrénico, puesto que una persona que no se considera enferma difícilmente aceptará la toma de medicación o

cualquier otra medida terapéutica, ya que piensa que lo pueden estar engañando, perjudicando o que simplemente no la necesita. Además de este efecto negativo sobre la medicación, se piensa que la falta de insight tiene fuertes repercusiones sobre una gran variedad de factores clínicos.

Falta de insight y sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia

El Modelo Psicopatológico propone que la falta de insight es un elemento más de la psicopatología general de la esquizofrenia. Cuesta y Peralta (7) afirman que la falta de insight es independiente de los síntomas positivos y negativos que conforman la esquizofrenia. Creen que es una entidad causada directamente por el proceso de la enfermedad y que podría ser considerada como un síntoma “primario” y “básico” según la terminología de Bleuler (8). La relación entre el insight y los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia ha sido objeto de numerosos estudios, pero a pesar de todo este esfuerzo, hoy en día esta relación aún permanece confusa.

La relación concreta entre la falta de insight y la sintomatología positiva de la esquizofrenia ha protagonizado multitud de investigaciones durante la pasada década pero la mayoría de éstas tan sólo han encontrado relaciones inversas, significativas estadísticamente aunque bastante moderadas (9, 10, 11, 12, 13, 14). Sin embargo, desde el modelo psicopatológico diversos autores cohetáneos ya apuntaban que estas correlaciones tan modestas carecían de importancia y que estas dos variables eran independientes entre sí (15, 16, 17, 18).

Los estudios que han relacionado la falta de insight con la sintomatología negativa de la esquizofrenia tampoco han corrido mejor

suerte. Aunque el número de investigaciones que se han interesado por esta relación ha sido mucho menor, los resultados han sido igualmente inconsistentes (19, 20).

Este alto número de resultados contradictorios no resulta sorprendente si tenemos en cuenta que mientras se producían todas estas investigaciones aún se estaba perfilando la actual definición de insight y que ha sido a partir de entonces cuando se ha comenzado a considerar al insight como un constructo multidimensional y mutable, es decir, la mayoría de estos estudios y, por consiguiente, de los instrumentos de evaluación del insight que han utilizado no tenían en cuenta el aspecto multidimensional del insight y mucho menos su capacidad de cambio en el tiempo.

Los estudios actuales comienzan a tener en cuenta estos aspectos del insight y utilizan instrumentos multidimensionales y diseños longitudinales que facilitan la observación de la evolución del insight en el tiempo y su relación con múltiples variables. Smith y cols (2004) (21) realizaron un estudio longitudinal con 50 pacientes esquizofrénicos y esquizoaffectivos que acababan de ser dados de alta en una unidad hospitalaria de agudos. Se realizaron evaluaciones basales en el momento del alta y una evaluación de seguimiento pasados seis meses. Los resultados apuntan que la conciencia de padecer síntomas psicóticos no es igual para los síntomas positivos y negativos. Los pacientes demuestran una mayor conciencia de padecer síntomas negativos tanto en la evaluación basal como en la de seguimiento. Así mismo, la conciencia de padecer síntomas positivos mejoró durante el período de seguimiento, mientras que la conciencia de padecer síntomas negativos permaneció estable. La conciencia de padecer síntomas positivos correlacionó significativamente con el trastorno del pensamiento, con la depresión y con el funcionamiento ejecutivo.

Chen, Fhkam y cols. (2001) (22) llevaron a cabo un estudio en el que se evaluaban semanalmente los cambios que se producían en insight y otras variables en un grupo de 80 pacientes durante el curso de un episodio psicótico agudo con ingreso hospitalario. La media de estancia en el hospital fue de 4.4 semanas. Chen y cols, encontraron que los pacientes esquizofrénicos que eran dados de alta continuaban teniendo puntuaciones muy bajas en insight. También hallaron una correlación modesta entre aumentos en el insight y mejoras en la sintomatología clínica a lo largo del tiempo. Sin embargo, la correlación en diferentes intervalos entre sintomatología e insight no quedaba clara, indicando que existían otros factores además de los niveles de sintomatología psicótica que estaban involucrados en la gravedad de la falta de insight. Esto puede ser debido, según Mintz y cols. (2003) (23), a que durante los episodios psicóticos la relación entre insight y síntomas positivos se hace más fuerte, los pacientes muestran más síntomas positivos y mayores niveles de déficit en el insight, pero cuando la crisis se resuelve y el paciente se estabiliza, la relación entre insight y sintomatología no es tan clara. Volviendo al estudio de Chen y cols (2001), análisis más profundos en los patrones de cambio de síntomas e insight revelaron que podían distinguirse tres subgrupos diferentes de pacientes: aquellos en los que tanto la sintomatología como los niveles de insight mejoraron (52%), aquellos en los que la sintomatología mejoró y no se produjeron cambios en el insight (30%) y aquellos en los que mientras la sintomatología mejoraba los déficits en el insight aumentaban (18%).

Ambos estudios señalan la necesidad de ampliar la investigación relacionada con el insight y al mismo tiempo apuntan la importancia de valorar la multidimensionalidad de este constructo, la utilidad de los estudios

longitudinales, su posible multicausalidad, la posibilidad de que curse de forma distinta en diferentes subgrupos de individuos, el hecho de que se debe distinguir entre sintomatología positiva y negativa y sobre todo se concluye que la relación entre sintomatología e insight no llega a ser más que modesta y que otros factores deberían ser tenidos en cuenta.

Falta de insight y clínica depresiva

El modelo de la Defensa Psicológica y la propuesta de las escuelas psicodinámicas es que la falta de insight se debe a una negación de la enfermedad y a todo lo que ella implica. Antes de 1990, la falta de insight en la esquizofrenia era vista como una función defensiva. La Negación Motivacional es un tipo de defensa psicológica que se define comúnmente como un rechazo a admitir la realidad o para asumir la presencia de algo. La implicación es que en estas circunstancias existe conocimiento o conciencia en algún grado. La psicología dinámica sugiere que la falta de insight puede resultar de una evitación de la verdad por parte del ego, ya que esta verdad amenaza el autoconcepto, siendo una supresión defensiva del raciocinio y una falta de voluntad para aceptar que existen déficits reales en el funcionamiento.

Investigaciones recientes indican que la defensa psicológica juega un papel muy pequeño en la falta de insight y que son los déficits neuropsicológicos y otros factores neurocognitivos los que están fuertemente asociados con bajos niveles de insight en la esquizofrenia (24). Sin embargo, estudios como los de Lysaker et al. (2002) (25), muestran que los pacientes con falta de insight en cuanto a las repercusiones de su trastorno tienen una mayor preferencia por las técnicas de afrontamiento tipo escape-avoidance, por lo que aún no está resuelta la

cuestión de hasta qué punto los modelos de defensa psicológica estarían implicados en el proceso de la falta de insight en la esquizofrenia.

Si la falta de insight fuese considerada como un método de defensa psicológico, tendríamos que entender que el sujeto se está protegiendo mediante este método de toda la clínica depresiva que se desataría en el momento en el que se diese cuenta de que padece una enfermedad mental grave e incapacitante y de todo lo que conlleva. Aquí también se han producido resultados inconsistentes a la hora de relacionar la falta de insight con la clínica depresiva, diversos autores no han encontrado relaciones significativas (12) mientras que investigaciones más recientes encuentran un relación positiva entre el grado de insight y los síntomas depresivos (26). De nuevo, una posible razón para entender estos resultados contradictorios podría encontrarse en la inconsistencia que hasta hace poco afectaba a la definición operacional del insight (27), así como en el uso de muestras pequeñas y heterogéneas y de instrumentos de evaluación del insight bastante cuestionables. Un reciente metanálisis (23) revisa la relación entre insight y clínica depresiva en un total de 26 estudios y un tamaño muestral de 1871 sujetos y concluye que existe una relación positiva entre el insight y los síntomas depresivos en la esquizofrenia, sugiriendo que conforme el grado de insight o de conciencia de enfermedad del sujeto aumenta aparecen un mayor número de síntomas depresivos.

En referencia al papel protector de la falta de insight y a su relación con la depresión, varios autores han apuntado a una relación directa entre un buen nivel de insight y un aumento del riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos (28, 29, 30, 31). Por ejemplo

Drake y cols, 1985(32) informaron de que 7 de 15 sujetos (47%) que cometieron suicidio tenían un alto nivel de insight sobre su enfermedad y sobre los efectos negativos que ésta les producía.

Falta de insight y déficits cognitivos

Son muchos los autores que señalan que existen multitud de funciones cognitivas alteradas en los pacientes con esquizofrenia (33, 34). Estas alteraciones afectan a la atención, a la fluidez verbal, al recuerdo y la memoria de trabajo y a las funciones ejecutivas entre otras. Además, cada vez son más los estudios que señalan que la falta de conciencia de padecer una enfermedad mental –uno de los componentes de la falta de insight– correlaciona fuertemente con los déficits neuropsicológicos encontrados en pacientes con esquizofrenia. En consonancia con estos datos, el Modelo Neuropsicológico defiende que la falta de insight en la esquizofrenia está provocada por un déficit en el funcionamiento de determinadas zonas cerebrales (35). Se han realizado diversos estudios bajo la noción de que los síntomas de la esquizofrenia podrían estar relacionados con cambios estructurales en el sistema nervioso central (36, 37, 38). Se ha prestado especial atención al cortex frontal, ya que los pacientes con daño en los lóbulos frontales manifiestan síntomas extremadamente parecidos a los de la esquizofrenia. Williamson (1987) (39) afirma que las lesiones en la zona dorsolateral de lobulo frontal se asocian al aplanamiento afectivo y a una reducción de la actividad motora y cognitiva, mientras que las lesiones en las zonas orbitofrontales provocan desinhición conductual y labilidad afectiva. Tal y como hemos comentado anteriormente, son muchos los autores que coinciden en que los síntomas que apa-

recen tras lesiones cerebrales frontales guardan un asombroso parecido con las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, sobre todo con los síntomas negativos (40, 41; 42, 43, 44). Benson y Stuss (1990) (45) van más allá y afirman que un déficit en los lóbulos prefrontales podría causar un fallo en el sistema superior de automonitoreización o control, provocando una alteración en las capacidades de autoanálisis y del pensamiento autorreflexivo y que este conjunto de fallos podría estar relacionado con la aparición de los delirios.

Visto así, desde esta perspectiva clínica, observamos que aparece un notable paralelismo entre los síntomas negativos de la esquizofrenia y los mostrados por pacientes con daño cerebral en los lóbulos frontales y que algunos síntomas positivos también podrían estar mediados por componentes de este mismo sistema. De esta misma forma la falta de insight en la esquizofrenia también podría estar relacionada con déficits en zonas de la corteza frontal, de hecho guarda un gran parecido con la falta de conciencia de enfermedad que presentan pacientes con trastornos neurológicos y que se conoce con el nombre de anosognosia. Esta posición se basa fundamentalmente en el hecho de que anomalías funcionales y lesiones estructurales de los lóbulos frontales y de los sistemas temporales-parietales han sido implicadas tanto en la anosognosia (46, 47, 48) como en la esquizofrenia (49, 50, 51). Recientemente se ha comenzado a investigar la posible relación entre falta de insight y el funcionamiento neuropsicológico en pacientes esquizofrénicos, pero hasta el momento los resultados han sido inconsistentes y esta relación permanece confusa. Martínez-Leal y cols. (en prensa) (52), en un reciente metanálisis confirman que en el 72% de los estudios revisados aparece una relación

inversa entre falta de insight y funcionamiento cognitivo y que cuando se seleccionan aquellos estudios que incluyen un instrumento multidimensional de evaluación del insight (SUMD) se observa una relación negativa entre insight y funcionamiento ejecutivo medido a través del Wisconsin Card Sorting Test.

Falta de insight y otros factores clínicos

La falta de insight en esquizofrenia se ha relacionado con un amplio abanico de factores clínicos más allá de los síntomas característicos de la esquizofrenia, la clínica depresiva y los déficits cognitivos. Aunque estos resultados no han sido lo suficientemente replicados y adolecen de los problemas metodológicos propios de la investigación relacionada con el insight comentados anteriormente, haremos una breve mención de los que se citan con mayor frecuencia.

La falta de insight se ha asociado con una pobre adherencia y respuesta al tratamiento (53); disforia, baja autoestima y con un mayor número de ingresos hospitalarios, recaídas y síntomas psicóticos (54), así como con dificultades sociales e interpersonales e ingresos involuntarios (55).

Así mismo, también se ha relacionado de forma positiva con el funcionamiento social (56, 57). McGlashan y Carpenter (1981) (58) demostraron la relación existente entre insight y tamaño de la red social del paciente, mientras que Fenning y cols (1996) (59) afirman que el insight correlaciona con el estado civil de casado y que los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia muestran mayor falta de insight que los pacientes con cualquier otro trastorno psiquiátrico.

EVALUACIÓN DEL INSIGHT

En un principio y afin al concepto que preveía en los años 60 y 70, la evaluación del insight estuvo relacionada con tests que usaban situaciones hipotéticas basadas en mecanismos de defensa comunes y que se utilizaban en la práctica psicodinámica.

Posteriormente McEvoy y cols. (1989) (60) desarrollaron el ITAQ (Cuestionario de Insight y Actitudes hacia el Tratamiento). Este cuestionario evaluaba el insight entendido como “la conciencia que tiene un paciente de la naturaleza patológica de sus experiencias y el acuerdo con el terapeuta sobre la necesidad de recibir tratamiento”. El ITAQ es una entrevista semiestructurada formada por 12 ítems, que proporciona una puntuación entre 0 (sin insight) y 22 (insight máximo).

En 1990 se incorpora una nueva dimensión a la evaluación del insight: “la habilidad del sujeto para atribuir pensamientos y experiencias inusuales a la enfermedad”. Esta nueva dimensión hace su aparición recogida en el SAI, Escala de Evaluación del Insight de David (1990) (5)

Actualmente, el instrumento más usado por su fiabilidad y por su carácter multidimensional es la Escala de Evaluación de la Conciencia de Enfermedad (SUMD) (61). Esta escala se puntúa en base a los datos recogidos en una entrevista con el paciente y valora la conciencia actual y pasada de padecer una enfermedad mental. Incluye también la valoración de síntomas como alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento, falta de atención, falta de motivación, atribuciones pasadas y presentes de los síntomas y la conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad y de los beneficios del tratamiento. La escala está formada por seis

ítems generales y cuatro subescalas con las que podemos calcular diez puntuaciones resumen. Todas las puntuaciones van de 1 a 5, y a mayor puntuación menor insight. La escala también evalúa la exposición previa a información relacionada con la enfermedad y las variables culturales que pueden estar sesgando las respuestas.

Otras escalas disponibles son la Escala Global de Insight (62), la Escala Autoadministrada de Evaluación del Insight para la psicosis (63) y la Escala de Markova y Berrios (1991) (11). También se ha utilizado el ítem G12 de la Escala de Gravedad de los Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANNS) como medida única global, y el uso de viñetas psicopatológicas de McEvoy y cols. (1993) (64).

TRATAMIENTO DE LA FALTA DE INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA

Intervención Psicofarmacológica

Diferentes estudios sugieren que al menos un tercio de los sujetos con esquizofrenia mejoran sus niveles de conciencia sobre su enfermedad tras la toma de medicación antipsicótica atípica (65). Pallanti, S.; Quercioli, L. y Pazzagli, A. (1998) (66), demostraron que la administración de clozapina en pacientes que habían abandonado el tratamiento con antipsicóticos típicos, bien por la continuidad de sus recaídas bien por haber desarrollado intolerancia a la medicación, se probaba efectiva a la hora de mejorar las puntuaciones de conciencia de enfermedad y de atribución de los síntomas en la SUMD.

Cuando pretendemos tratar el problema de la falta de insight a través de una intervención psicofarmacológica nos encontramos con dos cuestiones fundamentales. La

primera hace alusión al hecho de que tan sólo un tercio de los pacientes tratados consiguen mejorar su insight y la segunda al problema de que la falta de insight está directamente relacionada con la pobre adherencia y respuesta al tratamiento. Estas dos consideraciones son los suficientemente contundentes como para hacernos pensar en la necesidad de otro tipo de intervención que complemente la intervención psicofarmacológica pero sobre todo que sea capaz de reforzar la adherencia terapéutica en los estadios iniciales de la intervención y que tenga como objetivo último el aumento del insight del paciente.

Intervención Psicoeducativa

Las intervenciones educativas se han probado útiles a la hora de hacer que los pacientes comiencen a aceptar el hecho de que puede haber algo en ellos que no va bien (p.ej. su enfermedad) y que una vez que han asumido la posible presencia de un problema, nos sea más fácil acceder a ellos para intervenir en la mejora de su insight. Este tipo de intervenciones no aumentan por sí solas el cumplimiento terapéutico pero nos sirven de primer paso para aumentar el insight del paciente y sobre todo para aumentar su conocimiento de la enfermedad esquizofrénica y de los tratamientos existentes. Carroll y cols. (1998, 1999) (67, 68) instauraron programas educativos que se mostraron efectivos en el aumento del insight en pacientes esquizofrénicos. Estos programas incluían el visionado de un video educativo de unos quince minutos de duración y ofrecían diferentes folletos informativos para que el paciente pudiese leerlos. El contenido del video y de los folletos estaba diseñado para informar de distintas características presentes en la esquizofrenia haciendo especial hincapié en que es relativamente frecuente encontrar déficits en el insight de los pacientes esquizofrénicos.

También explicaban el modelo biomédico de la enfermedad mental en términos sencillos y enfatizaban la importancia de no abandonar la medicación. Tal y como hemos comentado en apartados anteriores, los autores señalan que una mejora en el insight del paciente puede ocasionar un empeoramiento en el plano afectivo y que cualquier intervención psicoeducativa debe prever esta posibilidad y mantener de forma paralela un programa de prevención del suicidio.

Intervención cognitivo conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha experimentado un gran auge en los últimos diez años. En países como Gran Bretaña se ha aplicado de forma extensiva en el tratamiento de la esquizofrenia después de que la terapia psicodinámica y la terapia sistémica se mostraran ineficaces para prevenir las recaídas. Esta nueva psicoterapia ha sido bien recibida por pacientes y familiares ya que les permite entrar a formar parte del equipo terapéutico y se les considera como miembros activos del proceso de control de los síntomas psicóticos. La TCC se ha mostrado efectiva en el tratamiento de las alucinaciones, los delirios, los síntomas negativos y la depresión (69). La base de la TCC es la relación de colaboración que se establece entre el terapeuta y el paciente, lo que facilita la adherencia terapéutica y permite que se mantenga una comprobación constante de la realidad. Terapeuta y paciente entran dentro de un proceso continuo en el que se cuestiona la realidad evitando siempre el uso de la confrontación directa y el enfrentamiento y se producen hipótesis alternativas referentes a la causalidad y mantenimiento de los síntomas (70).

La TCC emplea una terapia individualizada basada en la formulación de casos. Utiliza técnicas que van desde el cuestiona-

miento de los contenidos del delirio hasta la modificación de creencias erróneas y disfuncionales del tipo: “Soy malo, deficiente, inútil” o “Único, especial, diferente”. Así mismo, utiliza tareas que pueden ser realizadas con la ayuda de otros profesionales y/o familiares y que pretenden instaurar y mostrar los efectos beneficiosos de la aceptación consciente de las experiencias estresantes, la reducción de las estrategias de evitación, la utilización del pensamiento racional y los cambios en las estrategias de afrontamiento.

Esta terapia intenta ayudar al paciente a aceptar los cambios que la enfermedad conlleva y mostrarle la necesidad de tomar medicación y seguir el tratamiento adecuado. Diferentes autores afirman que esta terapia produce mejoras significativas en el insight y en la adherencia al tratamiento y que conlleva una disminución de las recaídas y de los ingresos hospitalarios (71, 72).

Dentro de la TCC encontramos diferentes intervenciones que se han utilizado con mayor o menor éxito para mejorar los niveles de insight en pacientes esquizofrénicos:

La **Entrevista Motivacional (EM)** es una intervención que fue originalmente diseñada para ayudar a las personas a identificar los beneficios y costes relacionados con sus objetivos personales, así como las ventajas e inconvenientes de servicios que ayudan a conseguir esos objetivos (73). Se basa en el análisis conductual y ayuda a las personas a identificar y evaluar posibles ventajas (ganancias) e inconvenientes (pérdidas) que afectan a varias conductas. La entrevista se apoya en cinco principios básicos que ayudan al profesional a mantener un estilo colaborador en EM: a) expresar empatía; b) promover el cuestionamiento; c) evitar la confrontación; d) manejar la resistencia; y e) apoyar la percepción de competencia. Esta

técnica tiene en cuenta diferentes causas que provocan la falta de insight y de cumplimiento terapéutico tales como los déficits neurocognitivos y los mecanismos de afrontamiento psicológico y tiene en consideración las diferentes etapas del modelo de cambio. La EM permite varias modificaciones necesarias para su aplicación a personas con esquizofrenia, intentando superar posibles problemas como pueden llegar a ser: anhedonia, anergia, apatía, retardo psicomotor, etc y permitiendo pasar por alto cuestiones más generales para centrarse en las consecuencias particulares de las conductas problemáticas que tienen un fuerte impacto en la persona. Así mismo, la EM modificada para la esquizofrenia permite usar la repetición de la información; dividir las secuencias conductuales complejas en pasos simples; y utilizar con profusión fuentes externas de información como la pizarra o el papel para limitar las demandas de memoria y atención y evitar así el efecto indeseado de posibles déficits cognitivos.

Aunque diversos estudios empíricos apoyan la evidencia de que la EM puede aumentar el insight y el cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia, es recomendable su uso combinado con otras intervenciones psicosociales que refuercen su efecto (74).

La terapia de Cumplimiento Terapéutico

La terapia de Cumplimiento Terapéutico es la terapia más evaluada y más efectiva hasta el momento en el manejo de los trastornos psicóticos (75). Se ha comprobado que aumenta el insight del paciente, el cumplimiento terapéutico y que reduce las tasas de ingresos hospitalarios (76, 77). Es una intervención cognitivo-conductual que ha adaptado técnicas de la Entrevista Motivacional y de otras terapias cognitivas así como de las

intervenciones psicoeducativas. El objetivo de esta terapia es el desarrollo de un dialogo abierto sobre la medicación y la promoción de la discusión sobre los pros y los contras del tratamiento.

Los principios de esta terapia incluyen trabajar en colaboración con el paciente, enfatizar conceptos como “elección personal” y “responsabilidad” y centrarse en las inquietudes y preocupaciones del paciente sobre el tratamiento. Esta terapia se divide en tres fases. En la primera fase se trabaja con las experiencias de los pacientes con el tratamiento haciendo un repaso de la historia de su enfermedad. En la segunda fase se discuten las preocupaciones e inquietudes del paciente sobre el tratamiento y se valoran las

cosas positivas y negativas que éste conlleva. Por último, en la tercera fase se trabaja la prevención a largo plazo y se presentan estrategias para evitar las recaídas.

En conjunto, esta terapia se encuadra dentro de un modelo de coherencia que intenta involucrar al paciente en la toma de las decisiones que son positivas para él, en vez de confiar en que sean obedientes y hagan lo que les dice su terapeuta (78).

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo de Investigaciones Sanitarias por financiar la Red Temática RIRAG (GO3/061) en la que se incluye este trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **McGorry P. D., McConville S. B.** Insight in psychosis. *Harvard Mental Health Letter* 2000.
2. **World Health Organization.** Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Vol. I Geneva, Switzerland: Author 1973.
3. **American Psychiatric Association.** DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.
4. **Amador X. F.** I am not sick I don't need help. New York: Vida Press 2000.
5. **A. S. David.** Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990; (156): 798-808.
6. **Amador X. F., Gorman J. M.** Psychopathologic domains and insight in schizophrenia *Psychiatric Clinics of North America* 1998; 21(1), 27-42.
7. **Cuesta M. J., Peralta V.** Lack of insight in schizophrenia *Schizophrenia Bulletin* 1994; 20 (2), 359-366.
8. **Bleuler E.** *Lehrbuch der Psychiatrie* 15th ed, newly edited by M Bleuler Berlin, West Germany: Springer, 1983.
9. **David A., Buchanan A., Reed A., Almeida O.** The assessment of insight in psychosis *British Journal of Psychiatry* 1992; (161):599-602.
10. **Takai A., Uematsu M., Ueki H., Sone K., Hisanobu K.** Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. *European Journal of Psychiatry* 1992; 6, 159-170.
11. **Markova I., Berrios G.** The assessment of insight in clinical psychiatry: A new Scale *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 2 (86):159-164.
12. **Amador X. F., Flaum M., Strauss D., Andreasen N.** Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders *Archives of General Psychiatry* 1994; 10 (51):826-836.
13. **Michalakeas A., Skoutas C., Charalambous A., Peristeris A., Marinos V., Keramari E., Theologou A.** Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 1994; Jul;90(1):46-9.
14. **Kemp R. A., Lambert T. J.** Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research* 1995; Dec;18(1):21-8.

15. **McEvoy J. P., Apperson L. J., Appelbaum P. S., Ortlip P., Brecosky J., Hammill K., et al.** Insight in schizophrenia Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989; Jan;177(1):43-7
16. **McEvoy J. P., Freter S., Merritt M., Apperson L. J.** Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1993; Sep;44(9):883-4.
17. **Amador X. F., Strauss D. H.** Poor insight in schizophrenia *Psychiatric Quarterly* Winter 1993; 64(4):305-18.
18. **Cuesta M., Peralta V.** Lack of insight in schizophrenia *Schizophrenia Bulletin* 1994; 2: 359-366.
19. **Amador X. F., Endicott J., Flaum M., Strauss D.** Validity of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder *American Journal of Psychiatry* 1994; 12 (151):1844.
20. **Smith T., Hull J., Israel L., Willson D.** Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26, 193-200.
21. **Smith T., Hull J., Huppert J., Silverstein S., Anthony D., McClough J.** Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Journal of Psychiatry Research* 2004; www.sciencedirect.com
22. **Chen E., Fhkam H., Carol K., Chen R., Fhkam L., Patrick P.** *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; Vol 189(1) 24-30.
23. **Mintz A., Addington J., Addington D.** Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research* 2003; 1913, 1-5.
24. **Amador X. F., Paul-Oudouard R.** Defending the Unabomber: Anosognosia in schizophrenia *Psychiatric Quarterly* 2000; 71(4), 363-370.
25. **Lysaker P. H., Bryson G. J., Lancaster R. S., Evans J. D., Bell M. D.** (2002) *Schizophrenia Research* 2000; 59, 41-47.
26. **Moore O., Cassidy E., Carr A., O'Callaghan E.** Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry* 1999; 14: 264-9.
27. **Schwartz R.** Insight and illness in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39, 249-54.
28. **Tsuang M.** Suicide in schizophrenics, manics, depressives and surgical controls *Archives of General Psychiatry* 1978; 35, 153-155.
29. **Cotton P., Drake R., Gates C.** Critical treatment issues in suicide among schizophrenics *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36, 534-536.
30. **Amador S., Strauss D., Yale S., Gorman J.** Awareness of illness in schizophrenia *Schizophrenia Bulletin* 1999;17, 113-312.
31. **Kim C. H., Jayathilake K., Meltzer H.** Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior *Schizophrenia Research* 2003; 60, 71-80.
32. **Drake R., Gates C., Whitaker A., Cotton P.** Suicide among schizophrenics: a review. *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26, 90-100.
33. **Braff D., Heaton R., Kuck J., Cullum M., Moranville J., Grant I., y cols.** The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogenous Wisconsin Card Sorting Test results. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48, 891-898.
34. **Hagger C., Buckley P., Kenny J. T., Friedman L., Ubogy D., Meltzer H. Y.** Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biol Psychiatry*; 1993 Nov 15;34(10):702-12.
35. **Kemp R., David A.** Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br. J. Psychiatry*; 1996 Oct;169(4):444-50.
36. **Andreasen N. C., Ehrhardt J. C., Swayze V. W., Alliger R. J., Yuh W. T., Cohen G. y cols.** Magnetic resonance imaging of the brain in schizophrenia: The pathophysiologic significance of structural abnormalities. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47, 35-44.
37. **Lieberman J. A., Jody D., Alvir J. M., Ashtari M., Levy D. L., Bogerts B. y cols.** Brain morphology, dopamine, and eye-tracking abnormalities in first-episode schizophrenia. Prevalence and clinical correlates. *Archives of General Psychiatry*. 50(5): 357-68.

38. **Zigun J. R., Weinberger D. R.** In vivo studies of brain morphology in patients with schizophrenia. In: Lindenmayer J-P, Kay SR eds. *New biological vistas on schizophrenia*. New York: Brunner Mazel 1992;57-81.
39. **Williamson P.** Hypofrontality in schizophrenia: a review of the evidence. *Can J. Psychiat* 1987;32:399-404.
40. **Andreasen N. C., Olsen S. A.** Negative Versus Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39, 789-794, July 1982.
41. **Frith C. D.** The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine* 1987; 17: 631-648.
42. **Levin S.** Frontal lobe dysfunctions in schizophrenia—I Eye movement impairments. *Journal of Psychiatric Research* 1984; (18) 1, 27-55.
43. **Levin S.** Frontal lobe dysfunctions in schizophrenia—II Impairments of psychological and brain functions *Journal of Psychiatric Research* 1984; (18) 1, 57-72.
44. **Seidman L. J.** Schizophrenia and brain dysfunction: An integration of recent neurodiagnostic findings. *Psychological Bulletin* 1983; 94, 195-238.
45. **Benson D.F, Stuss D.T.** Frontal lobe influence on delusions: a clinical perspective. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16, 403-411.
46. **Lishman, A.** *Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorder.* Oxford: Blackwell Scientific 1987.
47. **McGlynn S. M., Schachter D. L.** Unawareness of deficits in neuro-psychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989; 11:143-205.
48. **Stuss D. T., Benson D. F.** *The frontal lobes.* New York. Raven Press 1986.
49. **Berman K. F., Zec R. F., Weinberger D. R.** Psychologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: II. Role of neuroleptic treatment, attention and mental effort. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:126-135.
50. **Levin S., Yurgelun-Todd D., Craft S.** Contributions of clinical neuropsychology to the study of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98: 341-356.
51. **Liddle P. F., Morris D. L.** Schizophrenic syndromes and frontal lobe performance. *The British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 340-345.
52. **Martínez-Leal R., Torres F., Macizo P., Soriano M. F.** Relación entre la falta de insight y déficits neuropsicológicos en la esquizofrenia. *Revista de Neurología.* 2004; 39 (6): 584-589.
53. **Buchanan A.** A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychol.Med.*1992; 22 (3):787-797.
54. **Heinrichs D. W., Cohen B. P., Carpenter W. T.** Early Insight and the Management of Schizophrenic Decompenation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 3 (173):133-138.
55. **Schwartz R. C., Cohen B. N., Grubaugh A.** Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry.* 1997 Sep-Oct;38(5):283-8.
56. **Soskis D. A., Bowers M. B.** The schizophrenic experience: A follow-up study of attitude and post hospital adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1969; 149: 443-449.
57. **Lysaker P. H., Bell M. D.** Insight and cognitive impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1994, 182, 656-660.
58. **McGlashan T. H, Carpenter W. Jr.** Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry* 1981; 138, 797-801.
59. **Fennig S., Everett E., Bomet E. J. y cols.** Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research* 1996; 22, 257-263.
60. **McEvoy J. P., Apperson L. J., Appelbaum P. S. y cols.** Insight in schizophrenia. Its relationship to acute schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989a, 177, 43-47.

61. **Amador X. F., Strauss D. H., Yale S. A., Flaum M. M., Gorman J. M., Endicott J.** Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 1993;6 (150):873-879.
62. **Greenfield D., Strauss J. S., Bowers M. B. y cols.** Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 15, 245-252.
63. **Birchwood M., Smith J., Drury V., Healy J., Macmillan F., Slade M.** A selfreport insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 1 (89):62-67.
64. **McEvoy J. P., Schooler N. R., Friedman E., Steingard S.** Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patients' insight. *American Journal of Psychiatry* 1993b, 150 [11], 1649-1653.
65. **Jorgensen P.** Recovery and insight in schizophrenia *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 92 (6), 436-440.
66. **Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A.** Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1999, 86, 239-249.
67. **Carrol A., Clyde A., Fattah S., Coffey I., Johnstone E. C., Owens D. C.** The effect of an educational intervention on insight and suicidal ideation in schizophrenia *Schizophrenia Research* 1998; 29, 28-29.
68. **Carroll S., Fattah Z., Clyde I., Coffey D., Owens G. C., Johnstone E.** Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1999;(35):247-253.
69. **Sensky T., Siddle R., O'Carroll M., Scott J., Turkington D., Kingdon D. y cols.** A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication *Archives of General Psychiatry* 2000;57, 165-172.
70. **Turkington D., McKenna P.** Is cognitive-behavioural therapy a worthwhile treatment for psychosis? *British Journal of Psychiatry* 2003;182, 477-479.
71. **Rathod S., Kingdon D., Smith P., Turkington D.** Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics –data on a previously published randomised controlled trial In press: *Schizophrenia Research* Available 2004; at: www.sciencedirect.com.
72. **Turkington D., Kindon D., Chadwick P.** Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: filling the therapeutic vacuum *British Journal of Psychiatry* 2003, 183, 98-99.
73. **Miller and Rollnick** (1991), "Motivational Interviewing", Guilford Press
74. **Rusch N., Corrigan P. W.** Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* 2002 Summer;26(1):23-32.
75. **Haynes R. B., Montague P., Oliver T.** Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review) In : *The Cochrane Library* 2000, Issue 4 Oxford: Update Software
76. **Kemp R., Hayward P., Applewhaite G. y cols.** Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial *British Medical Journal* 1996; 312, 345-349.
77. **Kemp R., Kirov G., Everitt P. y cols.** Randomised controlled trial of compliance therapy: 18 month follow-up *British Journal of Psychiatry* 1998;172, 413-419.
78. **Gray R., Wykes T., Gournay K.** From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9, 277-284.

Dirección para correspondencia:

Rafael Martínez Leal
Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. Avda. de Madrid, s/n
18071 Granada

Tratamiento psicológico de la esquizofrenia.

Psychological treatment in schizophrenia.

Juan Francisco Jiménez Estévez

*Psicólogo clínico. Unidad de Rehabilitación de Area. H.U. San Cecilio.
Granada*

Juan Carlos Maestro Barón

*Psicólogo clínico. Comunidad Terapéutica. H.U. Virgen de las Nieves.
Granada*

Berta Moreno Küstner

*Psicóloga. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.
Departamento de Psiquiatría. Universidad de Granada*

RESUMEN

El presente trabajo pretende revisar, de forma breve, las principales áreas de intervención psicológica y psicosocial para el tratamiento de la esquizofrenia: psicoeducación de familias, psicoeducación de pacientes, terapia cognitivo conductual, habilidades sociales, entrenamiento neuropsicológico, así como procedimientos comprehensivos, algunos de los cuales se dirigen específicamente a pacientes con trastorno dual. Estos tratamientos han ido desarrollándose a lo largo de las últimas décadas, pero han cobrado una relevancia fundamental durante los noventa al multiplicarse los trabajos que demuestran su eficacia dentro del abordaje global de la compleja problemática biopsicosocial presentada por las personas que sufren este trastorno. La evidencia científica acumulada, junto con la constatación clínica de su importancia en el desarrollo de programas y servicios de rehabilitación psicosocial, para el tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes, están determinando su inclusión en las guías de buena práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento psicológico, rehabilitación psicosocial, psicoeducación, terapia cognitiva, rehabilitación neuropsicológica, trastorno dual.

ABSTRACT

The aim of the present study was to revise the main areas of psychological and psychosocial interventions in schizophrenia treatment: families and patients psychoeducation, cognitive behavioural therapy, neuropsychological rehabilitation, and some comprehensive treatments that are also suitable for dual disorder. These treatments have been designed and set up during the last decades, but they have become especially relevant in the 90s, due to extensive research showing its effectiveness. Evidence in support for the effectiveness of these treatments comes also from clinical practice observations, and this evidence has revealed an improvement in quality of life in patients after rehabilitation programmes. These findings have led to the inclusion of these programmes in guidelines for a good clinical practice.

Keywords: schizophrenia, psychological treatment, psychosocial rehabilitation, psychoeducation, cognitive therapy, neuropsychological rehabilitation, dual disorder.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia tanto de síntomas psicóticos como por un incisivo deterioro en el funcionamiento cognitivo, afectivo, social y de la vida diaria, que afecta a los diversos roles personales y sociales. Aunque el tratamiento farmacológico se ha mostrado eficaz para el tratamiento de los síntomas psicóticos y en la reducción de la vulnerabilidad para las recaídas, no se ha mostrado ventajas clínicas evidentes en otros dominios como el afrontamiento de la enfermedad, la competencia personal o la habilidad social. Además de un tratamiento farmacológico adecuado, se requieren intervenciones psicosociales adecuadas para ayudar a las personas con esquizofrenia a enfrentarse con la enfermedad, a alcanzar un mayor nivel de autonomía y a conseguir una mayor calidad de vida.

Durante las dos últimas décadas, impulsadas por las políticas de desinstitucionalización, se han multiplicado las investigaciones acerca de la eficacia de intervenciones basadas en el tratamiento en la comunidad. Estas intervenciones están orientadas a prevenir las recaídas mediante la intervención en las fuentes potenciales de estrés y a potenciar la reinserción social, minimizando los deterioros y dotando de las habilidades necesarias para el desempeño comunitario. Las investigaciones que han generado están proporcionando un emergente cuerpo de evidencia, que demuestra que las intervenciones comunitarias pueden mejorar los resultados a largo plazo de las personas con esquizofrenia. Estas intervenciones incluyen intervención familiar, psicoeducación de pacientes, manejo de los síntomas psicóticos resistentes o residuales, adquisición de habilidades sociales, ocupacionales y de la vida diaria, terapia cognitiva. Además, en los últimos años está apareciendo un cuerpo creciente de tra-

bajos acerca de tratamientos integrados para los pacientes con Trastorno Dual. Los estudios realizados acerca de estas intervenciones sugieren beneficios específicos en áreas como las recaídas y rehospitalizaciones, los síntomas psicóticos o el funcionamiento social. Estos beneficios tienden a ser específicos del área al que se dirigen fundamentalmente los objetivos, por lo que la integración de las diferentes estrategias de tratamiento aparece como una necesidad para clínicos e investigadores.

PSICOEDUCACIÓN DE FAMILIAS

El interés actual por las familias de los pacientes esquizofrénicos, desde un enfoque psicoeducativo, se inserta en un modelo de tratamiento global y se apoya en una serie de investigaciones que resaltan el papel del ambiente que rodea al paciente sobre el curso de la enfermedad, así como del resultado producido por la aplicación de modelos de tratamiento en los que se involucra activamente a los familiares.

El principal impulso a las intervenciones familiares psicoeducativas ha procedido de la investigación sobre emoción expresada (EE). Este concepto parte de las observaciones de Brown, en los años cincuenta, sobre las recaídas de los pacientes que volvían con sus familias. Pero es con motivo de la replicación llevada a cabo por Vaughn (1) cuando el constructo, además de definirse como comportamiento crítico, hostil o sobreprotector dirigido hacia el paciente, se comprueba que junto con el número de horas cara a cara predice la recidiva esquizofrénica. Puesto que los pacientes que son dados de alta a hogares de elevada puntuación de emoción expresada presentan mayor porcentaje de recaída, la medida se ha considerado no sólo un factor de riesgo sino

una variable explicativa de la recaída. Estos datos junto con la publicación del modelo de vulnerabilidad de la esquizofrenia (2), en el que se postula una predisposición básica a padecer la esquizofrenia, distanciándose de las teorías tradicionales de implicación etiológica de la familia, llevó a diseñar intervenciones familiares orientadas a disminuir la emoción expresada y otras fuentes de estrés dentro de la familia.

Varias han sido las intervenciones familiares que bajo el sobrenombre de modelos psicoeducativos se han ido desarrollando, fundamentalmente a lo largo de la década de los 80: la terapia familiar conductual de Falloon (3), el paquete de intervenciones de Leff (4), el modelo psicoeducacional de Anderson (5), las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrrier (6), los grupos multifamiliares de McFarlane (7). A pesar de la heterogeneidad de sus formatos, todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas, con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas. Mediante un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente, se pretende la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para anticipar y resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de culpa; el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente; animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados aunque mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario; y el logro de cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares.

Este modelo de intervención familiar ha demostrado ser efectivo para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios

como en las rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos del Cochrane Schizophrenia Group (8). Bustillo (9), tras una revisión de ensayos clínicos controlados, señala la superioridad para la reducción de las recaídas y rehospitalizaciones, de la terapia familiar que emplea técnicas conductuales y psicoeducativas independientemente de su intensidad y formato, así como una incidencia en la reducción de costes cuando es aplicada.

Birchwood (10) concluye, a partir de diferentes estudios, una serie de pautas útiles para la intervención: debe abarcar tanto a los pacientes como a las personas que componen la unidad familiar; la educación sola es insuficiente pero puede resultar útil como parte del programa; las intervenciones deben mantenerse durante un tiempo prolongado; deben realizarse en conexión con otros aspectos del tratamiento del paciente preferiblemente integradas en el sistema de salud mental establecido; la intervención debe dirigirse también a que el paciente cumpla el tratamiento farmacológico.

PSICOEDUCACIÓN DE PACIENTES

La capacidad de las personas que sufren de esquizofrenia para comprender y manejar el proceso de su enfermedad ha sido tradicionalmente infravalorado, sino directamente ignorado, al considerar que la capacidad de introspección de los que sufren este trastorno está seriamente comprometida por el mismo. Sin embargo, los estudios realizados acerca de insight y esquizofrenia no han corroborado ésta visión de todo o nada, sino que han señalado la complejidad de este factor como un fenómeno tridimensional (conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento, y apropiado reetiquetado de los síntomas) cuyos componentes fluctúan independientemente a lo largo del curso de la enfermedad (11-13).

Diversos estudios han demostrado que los sujetos que sufren de esquizofrenia reconocen los síntomas prodrómicos y que pueden utilizarlos para monitorizar y regular su propia enfermedad, emprendiendo acciones personales de afrontamiento o solicitando ayuda para ello, tomando un papel más activo en su tratamiento (14-16). Lee (17) ha demostrado cómo los propios pacientes también desarrollan medios efectivos para manejarse con la enfermedad y consideran que estas habilidades de afrontamiento hay que potenciarlas, considerando que ellos mismos pueden ser nuestros compañeros en una rehabilitación eficaz. Süllwold considera que un limitado conocimiento de la enfermedad, de los efectos de la medicación y de otras técnicas terapéuticas, genera un amplio campo para la interpretación y la explicación irracional, que puede volverse activando ansiedades y miedos que pueden llegar a ser patológicos, así como dificultar el cumplimiento terapéutico (18).

Estos datos han sustentado la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas psicoeducativas (18-24) dirigidas a dotar a los pacientes de información, apoyo y estrategias de afrontamiento, contextualizados en un modelo de enfermedad basado en la teoría de la vulnerabilidad. De este modo, dotándolos de un marco para comprender los fenómenos que experimentan, sus dificultades y comportamientos desajustados, así como su relación con las diferentes estrategias terapéuticas, se pretende permitirles hacer frente de una manera más efectiva a los mismos, para llevar una vida lo más normal posible.

Goldman (19), después de aplicar un programa psicoeducativo, considera que los pacientes con esquizofrenia pueden aprender y retener información; y que el conocimiento acerca de la enfermedad puede ayudar a mejorar su comportamiento neu-

tralizando el miedo y la actitud defensiva; contribuyendo a la autoestima y confianza de los pacientes; haciéndoles pensar en formas prácticas para ayudarse; propiciando una comunicación más eficaz con el personal de tratamiento; y promoviendo actividades saludables que incluyen adhesión al tratamiento. Atkinson (21) refiere haber obtenido mejoras significativas en funcionamiento social y calidad de vida en los pacientes que asistieron a los grupos psicoeducativos. Moller (20), aplicando un diseño controlado de casos, ha encontrado una disminución significativa en el número de días de ingreso hospitalario, así como una reducción del coste, en los pacientes del grupo experimental.

Algunas aproximaciones psicoeducativas se han enmarcado en un contexto rehabilitador más comprensivo. Así Halford (22) ha desarrollado un programa compuesto de cinco módulos: medicación y automanejo de síntomas, afrontamiento de la ansiedad y la depresión, habilidades sociales, habilidades de la vida diaria y habilidades de ocio; encontrado que la mayoría de los pacientes experimentan una reducción sintomatológica y una mejoría de la calidad de vida y del funcionamiento comunitario. Hogarty (23) ha desarrollado un procedimiento de intervención psicoterapéutica individual (PT) basado en el modelo psicoeducativo, que de forma graduada enseña al paciente acerca de la enfermedad y su manejo, fomentando la autoobservación y la monitorización de los niveles de alteración afectiva, para detectar pródromos y aplicar estrategias de afrontamiento basadas en el manejo del estrés, las habilidades sociales y la resolución de problemas de la vida diaria. Este procedimiento, tras dos años de seguimiento, ha demostrado efectos más duraderos que la terapia familiar y de apoyo, en el ajuste social de los pacientes que viven con

sus familias o independientemente (25) y en la disminución de recaídas de los pacientes que viven con sus familias (26). En las revisiones realizadas por el Grupo Cochrane de Esquizofrenia sobre ensayos clínicos controlados, acerca de las intervenciones psicoeducativas individuales, han concluido que este tipo de intervenciones disminuyen el riesgo de recaídas (27).

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Durante la pasada década ha habido un interés creciente en la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC) para personas con esquizofrenia, particularmente aquellas que continúan experimentando síntomas psicóticos a pesar de tener un tratamiento farmacológico adecuado. Prueba de este interés es la revisión llevada a cabo por el grupo Cochrane de esquizofrenia (28), en la que concluyen que la TCC, sumada a los cuidados tradicionales, es una aproximación aceptable para el paciente que puede mejorar su estado mental y reduce la tasa de recaídas.

En la TCC, se establece una relación entre las creencias, emociones y sentimientos experimentados por la persona y el estilo de pensamiento que refuerza su distrés. En la terapia se anima al paciente a tomar un rol activo examinando la evidencia a favor y en contra de las creencias; cuestionando sus estilos habituales de pensamiento sobre las creencias y usando habilidades de razonamiento y la experiencia personal para desarrollar alternativas racionales y personalmente aceptables (29). Recientes estudios, centrados en los aspectos psicológicos de la esquizofrenia, han demostrado que los sesgos y las distorsiones cognitivas comunes están funcionalmente relacionadas con el mantenimiento de los síntomas y que la terapia cog-

nitiva puede mejorar los delirios, las alucinaciones y el retraimiento social (30). El principal objetivo de la TCC para la psicosis resistente a la medicación es reducir la intensidad de los delirios y alucinaciones (así como el distrés relacionado) y promover una participación activa del paciente en la reducción del riesgo de recaída y el nivel de discapacidad social. Las intervenciones se centran en la exploración racional del carácter subjetivo de los síntomas psicóticos, cuestionando la evidencia para éstos, y sometiendo tales creencias y experiencias a pruebas de realidad (31). También se utilizan técnicas dirigidas a reducir la implicación emocional asociada a la omnipotencia de las creencias delirantes y experiencias alucinatorias mediante explicaciones normalizadoras de los síntomas (32) o procedimientos que aumenten las estrategias de afrontamiento adaptativas, que pueden estar siendo utilizadas ya por el paciente (33).

Kuipers (34;35) ha encontrado que los pacientes psicóticos ambulatorios que recibieron TCC más los cuidados habituales, comparados con aquellos que únicamente recibieron los cuidados habituales, mejoraron significativamente su estado psicopatológico global, tuvieron una mayor reducción en la angustia producida por los delirios y en la frecuencia de éstos. Ambos grupos tuvieron una mejoría similar en síntomas psicóticos y funcionamiento social. Tarrier (36;37) ha encontrado que la TCC, aplicada a pacientes esquizofrénicos ambulatorios, mejoró los síntomas psicóticos más que la terapia de apoyo o los cuidados rutinarios; y disminuyó las exacerbaciones y el número de días en el hospital, más que los cuidados habituales. La mejoría en síntomas negativos fue similar en todos los grupos. Sensky (38) comparó los resultados de la TCC con una intervención en la que se fomentaba la relación amistosa. Aunque a corto plazo

ambos grupos habían mejorado en síntomas positivos, esta mejoría únicamente se mantuvo en el grupo de TCC. De otro lado, éste mismo experimentó una mayor reducción en síntomas negativos y depresión. Por lo que respecta a pacientes psicóticos agudos, Drury (39) halló que los pacientes que recibieron TCC tuvieron una mayor reducción de síntomas psicóticos tanto a corto como a largo plazo.

Para Bustillo, los ensayos aleatorios controlados disponibles proporcionan una evidencia preliminar acerca de la eficacia de la TCC en la reducción de los delirios y las alucinaciones en pacientes resistentes a la medicación y para su uso como complemento de la farmacoterapia en la psicosis aguda (9). (9). Perona y Cuevas, que han llevado a cabo una revisión sistemática tanto de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes (40), como de los estudios aleatorizados con grupos de control (41), llegan a una serie de conclusiones acerca de la efectividad de las terapias cognitivo conductuales sobre los síntomas psicóticos. 1. La TCC puede reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la no aplicación de tratamiento alguno. Sin embargo no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias psicológicas. 2. La TCC se ha mostrado más eficaz con los síntomas psicóticos residuales que con los síntomas agudos. 3. La TCC no produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas. 4. La TCC tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social. 5. Parece ser más efectiva la TCC con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas. 6. No hay pruebas hasta el momento de que el efecto de la TCC sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales. 7. No hay

evidencia sobre qué estrategia cognitivo conductual puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES, DE LA VIDA DIARIA Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El entrenamiento en habilidades para personas psiquiátricamente discapacitadas es hoy una modalidad terapéutica plenamente establecida en todos aquellos programas denominados de rehabilitación. Su fundamentación parte del amplio consenso acerca de la cronicidad del curso de los trastornos mentales mayores como la esquizofrenia, y la necesidad consiguiente de desarrollar modelos de rehabilitación que enfatizan el desarrollo de habilidades y de ambientes protésicos y de apoyo frente a modelos orientados al tratamiento episódico y curativo. Esta estrategia terapéutica se ve reforzada por la presencia de déficits en las habilidades sociales y de la vida diaria que dificultan el mantenimiento en la comunidad de los pacientes con enfermedad mental grave. El tratamiento farmacológico, por sí mismo, no enseña ni fortalece la competencia en los roles instrumentales, las relaciones sociales o el desempeño laboral. Es necesario para ello el entrenamiento específico de las habilidades implicadas en el funcionamiento personal y social de las personas que manifiesten problemas en estas áreas. El objetivo de la rehabilitación no es curar la enfermedad, sino mejorar el funcionamiento deficiente, el nivel de adaptación y la calidad de vida (42).

Las habilidades sociales han sido definidas por Liberman como conductas interpersonales que son: instrumentales para mantener y mejorar la independencia y la supervivencia en la comunidad; y socioemocionales para establecer, mantener e intensi-

ficar las relaciones de apoyo personal (42). La metodología de entrenamiento, que implica sesiones estructuradas y directivas, está basada en los principios del aprendizaje; incluyendo el establecimiento de objetivos, instrucciones, modelado, ensayo conductual, reforzamiento social, práctica en vivo y tareas para casa. A través de diferentes módulos se entrenan habilidades comunicacionales (iniciar y mantener conversaciones, comunicación efectiva con familiares, conseguir y mantener amigos), habilidades para el funcionamiento independiente en la vida diaria (cuidado personal, automedicación, manejo del dinero, habilidades domésticas) o habilidades laborales (entrenamiento en habilidades vocacionales, búsqueda y mantenimiento de empleo).

La literatura que ha generado la utilización del entrenamiento en habilidades ha sido muy amplia. Los programas de entrenamiento en habilidades han sido validados a través de un amplio rango de lugares de tratamiento, períodos de tiempo, subgrupos de pacientes; se han ido ampliando los objetivos de tratamiento, el tipo personal utilizado en los entrenamientos; y se han diversificado las técnicas usadas para promover y mantener los cambios conductuales. En los últimos años se han llevado a cabo varias revisiones de los trabajos publicados acerca de la eficacia de las intervenciones psicosociales, incluyendo el entrenamiento en habilidades, que han recogido estos aspectos (9;27;43-45). Scott y Dixon concluyen que no hay duda de que la ejecución de conductas motoras puede ser entrenada exitosamente, que éstas habilidades pueden ser mantenidas a lo largo de semanas y meses, pero podrían erosionarse a partir del segundo año, y que la evidencia acerca de la generalización del contexto clínico a la vida diaria es menos clara (43). Penn y Mueser, en su revisión acerca del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia (44), resumen los resulta-

dos de los estudios controlados sobre entrenamiento en habilidades sociales sugiriendo las siguientes conclusiones: 1. las personas con esquizofrenia pueden ser adiestradas en un amplio rango de habilidades sociales, que van desde las más simples a las más complejas como la asertividad o las habilidades conversacionales; 2. la mejoría en habilidades sociales asociada con el entrenamiento en habilidades sociales es evidente para las medidas conductuales específicas, pero es menos pronunciada para cambios en síntomas y en funcionamiento comunitario; 3. el entrenamiento en habilidades sociales necesita ser proporcionado durante un amplio período de tiempo, un año o más. Heinssen et al. (45) corroboran las conclusiones obtenidas en las revisiones anteriores y añaden que diferentes subgrupos de pacientes pueden beneficiarse del entrenamiento en habilidades, siempre que se realicen las adaptaciones oportunas a las características peculiares; y que aunque se han desarrollado procedimientos modulares altamente estructurados y cubriendo un amplio rango de habilidades, que han mostrado validez transcultural, no existe evidencia acerca de un procedimiento óptimo de entrenamiento; y se recomienda que se realicen adaptaciones oportunas para acomodarse a las dificultades de los pacientes con pobre capacidad de aprendizaje. Estos autores concluyen que los datos que apoyan la eficacia del entrenamiento en habilidades psicosociales continúan acumulándose, por lo que estos programas deberían ser tomados como elementos de las guías de recomendaciones y buena práctica para el tratamiento de la esquizofrenia.

Las revisiones de ensayos aleatoriamente controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia sobre entrenamiento de habilidades sociales y de la vida diaria no han producido evidencias concluyentes, al quedar limitados por sus propias exigencias metodo-

lógicas a un reducido número de ensayos, con un limitado número de pacientes, y diferencias en los tratamientos de comparación. En el caso de las habilidades laborales están completando la revisión (27). De otro lado, Bustillo et al. en otra reciente revisión de ensayos clínicos controlados (9) concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales ha sido ampliamente exitoso para el aprendizaje de conductas sociales específicas y que los resultados son prometedores en los pocos estudios de entrenamiento en habilidades sociales diseñados para incrementar la generalización, así como que se han demostrado resultados fundamentalmente positivos en los programas de empleo protegido, por lo que recomiendan el uso de estos tipos de intervención psicosocial.

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA ESQUIZOFRENIA

Una amplia investigación ha documentado que la disfunción cognitiva es también una característica distintiva de la esquizofrenia. Desde las clásicas descripciones psicopatológicas de Kraepelin y Bleuler, poniendo de manifiesto la relevancia de las alteraciones de los procesos atencionales y cognitivos, este aspecto ha venido siendo considerado con un interés recurrente, que se ha acentuado durante la última década. Así, se han señalado consistentemente alteraciones en la atención, memoria y funcionamiento ejecutivo, generando unas crecientes expectativas acerca del impacto de los procedimientos de rehabilitación cognitiva en las intervenciones psicosociales (46). Green (47) ha buscado establecer una relación entre funcionamiento cognitivo y funcionamiento social, a partir de los resultados de la revisión de diferentes estudios. Según sus conclusiones, la memoria verbal predice el funcionamiento comunitario, las habilidades de resolución de problemas y la adquisición de habilidades; las tareas de vigilancia

son un predictor fiable de la resolución de problemas sociales y la adquisición de habilidades; y la clasificación de tarjetas está consistentemente asociada con la ejecución en medidas de resultado comunitario, pero no con la resolución de problemas sociales. Addington en un estudio reciente (48), ha encontrado que ciertos aspectos del funcionamiento cognitivo como la habilidad verbal, la memoria verbal y el funcionamiento ejecutivo aparecen como predictores de la resolución de problemas sociales, estimando que éstos podrían considerarse como factores limitadores. Otros autores han señalado las diferencias en el funcionamiento cognitivo de los pacientes según el predominio sindrómico (49), o el momento del curso de la enfermedad (50). Spaulding ha propuesto un modelo trifactorial acerca de las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia con implicaciones para la evaluación y tratamiento. El primer factor de disfunción neuropsicológica que propone sería estable, generalizado y ligado a la vulnerabilidad; el segundo factor comprometería el funcionamiento ejecutivo, la memoria y las habilidades conceptuales, estaría ligado al episodio y remite espontáneamente tras éste; el tercer factor, similar al anterior pero de carácter residual, podría responder al tratamiento psicosocial (51). Otros autores han desarrollado modelos explicativos, integradores de los hallazgos acerca del curso de la esquizofrenia, donde los factores neuropsicológicos desempeñan un papel mediador central, tanto en la evolución psicopatológica (52) como en el desempeño social y comunitario de los pacientes (42;53), por lo que demandan una atención directa sobre ellos si se establece como objetivo terapéutico reducir la discapacidad. Este ha sido el marco conceptual que ha inspirado el desarrollo de procedimientos terapéuticos como IPT (54), que conjuga el abordaje de los procesos cognitivos básicos con el entrenamiento en habilidades en un modelo integrador y secuencial.

El creciente interés y los datos acumulados, acerca de las disfunciones cognitivas, ha hecho que autores como Green y Nuechterlein se pregunten si la esquizofrenia no debería tratarse como un trastorno neurocognitivo (53) y han alimentado la esperanza de que este conocimiento pueda ser de gran utilidad para el diagnóstico, la planificación de la rehabilitación y el tratamiento, la evaluación de la respuesta de los pacientes y el diseño de futuras modalidades de tratamiento (50;55-57). A pesar de los heterogéneos procedimientos metodológicos, diferentes estudios han apuntado resultados prometedores. Algunos autores (58) consideran que los resultados acerca de la eficacia directa de la rehabilitación cognitiva no son concluyentes. Se inclinan por el establecimiento de estrategias de rehabilitación que minimicen la sobrecarga cognitiva, utilizando los conocimientos para la adaptación de las intervenciones psicosociales a las necesidades de los pacientes, tal como ya propuso Liberman en los 80 (42): división de las tareas en pequeños pasos, aumento progresivo de la complejidad, ensayos, repetición, señalamiento, instrucciones, modelado, feedback, reforzamiento. En esta línea de resultados Spaulding, en un ensayo controlado utilizando los componentes cognitivos del programa IPT frente a terapia apoyo grupal (ambas condiciones en el contexto de un programa psicosocial de transición comunitaria), encontró una significativa mejoría en ambas condiciones experimentales en medidas de atención, memoria y funcionamiento ejecutivo después de 6 meses (59). Otros estudios sobre las posibilidades terapéuticas de la intervención directa sobre variables neuropsicológicas ponen de manifiesto la importancia que este tipo de estrategias pueden jugar en la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos. Medalia, en un ensayo aleatorio con pacientes ingresados, comparó el efecto sobre la atención y el estado clínico de un progra-

ma informático de recuperación de la atención frente a una condición de control (ver un vídeo documental). Tras 18 sesiones, el grupo experimental mostró mejorías significativas en la medida de la atención (CPT). Ambos grupos mostraron mejorías en el BPRS, pero ésta fue mayor en el grupo experimental (60). Wykes en un ensayo clínico controlado de 3 meses, sobre un programa intensivo dirigido a la recuperación de la función ejecutiva, frente a un programa de terapia psicosocial intensiva, encontró un efecto diferencial a favor de la terapia cognitiva en medidas de flexibilidad cognitiva y memoria. No se obtuvieron cambios en funcionamiento social, pero se observó alguna evidencia de funcionamiento social mejorado en los pacientes que alcanzaron cierto umbral de mejoría en las tareas de flexibilidad cognitiva. El grupo de recuperación cognitiva mejoró diferencialmente su autoestima (61).

La discusión sobre los efectos del tratamiento cognitivo en los pacientes esquizofrénicos sugiere la posibilidad de al menos tres tipos de mecanismos: mecanismos protésicos, en que nuevas habilidades son establecidas para reemplazar o compensar habilidades deterioradas; mecanismos de recuperación, en que los procesos dañados son sometidos a un restablecimiento real; y mecanismos reorganizativos, en que las condiciones ambientales fortalecen la reorganización funcional de los procesos disociados por la psicosis aguda (50).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS COMPREHENSIVAS

La complejidad de la problemática que afecta a las personas que padecen esquizofrenia, ha llevado a algunos autores a sistematizar modelos complejos de intervención psicosocial que, partiendo del progresivo conocimiento acumulando, integren diversos

procedimientos terapéuticos que hayan mostrado validez para abordar aspectos parciales del funcionamiento personal y social de los pacientes. Estas aproximaciones integradoras, sin pretender ser definitivas, significan el intento de superar el reduccionismo y la simplificación que a veces supone la metodología investigadora, más orientada al contraste de modelos que al efecto que su combinación pueda tener en la evaluación de resultados. Sin embargo, no se puede obviar que la elección de los componentes, el peso relativo de cada uno de ellos en el conjunto, el modo y orden de su presentación, el tiempo de exposición, así como la eficiencia conjunta frente a otros procedimientos, debe ser debidamente acreditada a pesar de la complejidad que implica.

Roder y Brenner (54) han desarrollado un programa denominado Terapia Psicológica Integrada (IPT), de aplicación grupal, compuesto de cinco subprogramas, orientados a la terapia de los trastornos cognitivos y de la conducta social, típicos de la esquizofrenia: “Diferenciación cognitiva”, “Percepción social”, “Comunicación verbal”, “Habilidades sociales” y “Resolución de problemas interpersonales”. Partiendo del hecho de que la conducta está jerárquicamente organizada y que en la esquizofrenia se da una alteración en los procesos cognitivos básicos, llegan a la conclusión de que para que la terapia sea efectiva, primero hay que desarrollar los procesos cognitivos básicos. Las habilidades básicas como la concentración, la formación de conceptos, capacidad de abstracción, capacidad perceptiva y memoria deben ser practicadas en primer lugar para desarrollar luego formas más complejas de conducta social.

De acuerdo con estas premisas, los primeros subprogramas se centran en las funciones cognitivas básicas. Una vez que se han lo-

grado desarrollar éstas, el objetivo se dirige a la más compleja tarea de la adquisición de habilidades sociales y resolución de problemas. Cada subprograma avanza de manera progresiva graduando el nivel de las tareas requeridas, tanto en su complejidad como en el grado de posible implicación emocional. También se va progresando en el grado de estructuración de las sesiones, comenzando por una mayor directividad y estructuración al principio para ir facilitando posteriormente una mayor iniciativa y responsabilidad en el paciente.

Desarrollar habilidades para manejar las emociones y los afectos, desempeña también un papel particularmente importante dentro de cada subprograma. Puesto que las situaciones potencialmente estresantes tienen un efecto disfuncional en las personas que padecen un trastorno esquizofrénico los ejercicios de cada subprograma comienzan centrándose en tareas emocionalmente neutras para ir pasando posteriormente a tareas o contenidos emocionalmente estresantes. En los estadios avanzados de la terapia se hace más énfasis en el afrontamiento del estrés emocional.

Hogarty y colaboradores (23) han diseñado un procedimiento psicoterapéutico individual para la esquizofrenia, denominado Terapia Personal (PT), que intenta manejar las limitaciones de la psicoterapia tradicional en este tipo de pacientes modificando el “modelo centrado en la persona” para acomodarse al trastorno neurocognitivo subyacente, minimizando el potencial efecto yatrogénico de la medicación antipsicótica de mantenimiento, controlando las fuentes de sobreestimulación ambiental, y desarrollando la terapia cuando la gestión de la crisis ha terminado y la estabilidad puede asegurarse mejor. Por medio de estrategias graduales de afrontamiento interno, la Terapia Personal

intenta proporcionar un crecimiento de la conciencia de vulnerabilidad personal, incluyendo “señales internas” de alteración emocional. El objetivo es potenciar la prevención de recaídas y la reintegración social del paciente a través del desarrollo de la conciencia de enfermedad; la competencia para la monitorización y el autocontrol de los estados emocionales; la expresión apropiada de emociones y la evaluación de la respuesta provocada en los otros; así como la asunción progresiva de responsabilidades y actividades ocupacionales.

A través de tres fases, que pueden durar de 12 a 24 o más meses, se proporciona al paciente una intervención que, teniendo en cuenta los déficits neuropsicológicos, combina procedimientos psicoeducativos, de terapia de apoyo, entrenamiento en competencia y afrontamiento de las señales de estrés emocional (a través de técnicas como la relajación, la distracción, reevaluación cognitiva), terapia cognitivo-conductual, habilidades comunicacionales, de percepción social, de resolución de problemas interpersonales y terapia ocupacional. El desarrollo de la estrategia terapéutica de una manera progresiva y la atención continua al estado emocional del paciente para adecuar la intensidad o el nivel de la intervención son fundamentales en la filosofía terapéutica de la PT.

INTERVENCIONES INTEGRADAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL

La evidencia acumulada demuestra que la comorbilidad del trastorno por uso de sustancias es bastante común entre las personas con enfermedad mental grave como la esquizofrenia y que estas personas sufren serias consecuencias por ello. La etiología de esta alta prevalencia no está clara. El tras-

torno antisocial de la personalidad, el modelo de la hipersensibilidad —que propone que la vulnerabilidad biológica a los trastornos psiquiátricos resulta en sensibilidad a pequeñas cantidades de drogas y alcohol, que facilitaría el trastorno por uso de sustancias—, o el modelo de la automedicación, entre otros, se han propuesto para explicar la comorbilidad de abuso de sustancias y trastorno mental grave (62).

Estos pacientes, tradicionalmente reciben tratamiento para los dos trastornos desde dos contextos clínicos en sistemas de tratamiento paralelo. La insatisfacción con esta tradición clínica ha conducido al desarrollo de modelos de tratamiento integrados en que los mismos clínicos o equipos clínicos proporcionan tratamiento para el abuso de sustancias y de salud mental, en un modelo coordinado. La investigación sugieren que los servicios tradicionales por separado son inefectivos para las personas con trastorno dual, y que los programas integrados de tratamiento, que combinan intervenciones de salud mental y de abuso de sustancias, resultan prometedores. Los modelos de intervención propuestos son heterogéneos: grupos de tratamiento de trastorno dual, tratamientos integrados intensivos, proyectos de demostración y programas de tratamiento integrado comprehensivo. Además de la integración comprehensiva de servicios, los programas que han resultado más exitosos incluyen evaluación, gestión asertiva de casos, intervenciones motivacionales para los pacientes que no reconocen la necesidad para el tratamiento por abuso de sustancias, intervenciones conductuales para los que intentan alcanzar o mantener la abstinencia, intervenciones familiares, alojamiento, rehabilitación y psicofarmacología (63).

Sin embargo, a pesar de la magnitud y gravedad del problema del trastorno dual son escasos e insuficientes los estudios controlados

acerca de la eficacia de los tratamientos integrados (64). Partiendo de la necesidad de superar la situación de carencia de aval de estudios rigurosos para las afirmaciones de mayor efectividad de los procedimientos integrados para pacientes con esquizofrenia, el equipo de C. Barrowclough en Reino Unido ha llevado a cabo un estudio aleatorizado controlado (65). Este estudio investiga la ventaja de añadir un programa de tratamiento psicológico y psicosocial a la rutina de cuidado psiquiátrico de pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias. El argumento para este tratamiento es: a) la mayoría de los pacientes podrían no estar motivados a cambiar su uso de sustancias al principio; b) los síntomas de los pacientes podrían ser un factor en el mantenimiento del uso de sustancias, al tiempo que el uso de drogas y alcohol pueden exacerbar los síntomas; y c) el estrés familiar puede tener un efecto particularmente perjudicial en el resultado de los pacientes con diagnóstico dual.

El estudio consiste en un ensayo controlado aleatorizado, controlado a simple ciego, de un tratamiento habitual con un programa de tratamiento habitual integrado con entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual e intervención familiar. La entrevista motivacional es utilizada para incrementar la motivación al cambio en aquellos pacientes que están ambivalentes (66;67). Los conceptos clave promovidos en este estilo de entrevista son que la responsabilidad sobre los problemas y sus consecuencias se dejan en el paciente, y los esfuerzos para el cambio no comienzan antes de que el paciente se haya comprometido con sus propios objetivos y estrategias. La terapia cognitivo conductual: está orientada a mejorar los delirios y las alucinaciones en pacientes con psicosis crónicas (68). El énfasis de la intervención familiar (69) en este estudio se sitúa en promover una respuesta familiar que sea consistente con el estilo de la entrevista motivacional.

El tratamiento está planificado para un período de 9 meses y tienen lugar en el domicilio de los pacientes y sus cuidadores, salvo que muestren su preferencia por un dispositivo clínico. La intervención comienza con la fase de entrevista motivacional y cinco sesiones semanales iniciales diseñadas para evaluar y fortalecer la motivación del paciente para el cambio. Si se obtiene el compromiso del paciente, se negocian los cambios en el uso de sustancias de forma individualizada. La terapia cognitivo conductual se introduce en la sexta semana (o antes si fuera apropiado) y el estilo de entrevista motivacional se integra en la siguientes sesiones de TCC. La TCC individual es ofrecida durante 18 sesiones semanales, seguidas por seis sesiones quincenales (un total de 29 sesiones individuales, incluyendo las entrevistas motivacionales). Tras la evaluación de pacientes y cuidadores, los objetivos comunes generados se convirtieron en el centro de las sesiones comunes familia/paciente. La intervención familiar consistió en 10-16 sesiones, tanto con un formato de sesión integrada familia/paciente como sesiones únicamente con los miembros familiares sin el paciente.

Las conclusiones del estudio son que el programa de tratamiento integrado produce una mejoría significativamente mayor en el funcionamiento general de los pacientes que solo el tratamiento habitual, al final del tratamiento y doce meses después de comenzar el estudio. Otros beneficios del programa incluyen una reducción de síntomas positivos y de exacerbación de síntomas y un incremento en el porcentaje de días de abstinencia a las drogas o al alcohol durante los doce meses del período desde la línea base al seguimiento.

Animados por los resultados prometedores de las investigaciones, a pesar de sus limitaciones actuales, algunos autores señalan que los componentes críticos de las interven-

ciones en pacientes con diagnóstico dual incluyen abordajes para la recuperación comprensivos, a largo plazo y progresivos; con intervenciones asertivas dirigidas a los más necesitados, entrevistas motivacionales, entrenamiento en habilidades y provisión de apoyos para manejar la enfermedad y conseguir objetivos funcionales; además de sensibilidad y competencia para manejar las idiosincrasias culturales (70).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Vaughn C. E., Leff J.** The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotics patients. *Br J Psychiatry* 1976;(129):125-139.
2. **Zubin J., Spring B.** Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977;(86):103-126.
3. **Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGuill C. W.** Family care of schizophrenics. New York: Guilford, 1984.
4. **Leff J.** Family treatment of schizophrenia. In: Grauville-Gossman K, editor. Recent advances in clinical psychiatry. Londres: Churchill Livingstone, 1985.
5. **Anderson C. M., Reiss D. J., Hogarty G. E.** Schizophrenia and the family. New York: Guilford, 1986.
6. **Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C.** The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention of with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;(153):532-542.
7. **Mcfarlane W.R., Lukens L., Link B., Dushay R., Deakins S. A., Newmark M. et al.** Multiple-family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:679-687.
8. **Pharoah F. M., Mari J. J., Streiner D.** Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). Oxford: Update Software, 2000.
9. **Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W. P., Keith S. J.** The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry* 2001;(158):163-175.
10. **Birchwood M., Tarrier N.** El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psicología, 1995.
11. **David A. S.** Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798-808.
12. **Birchwood M., Smith J., Drury V., Healy J., Macmillan F., Slade M.** A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:62-67.
13. **Jorgensen P.** Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:436-440.
14. **McCandless-Glimcher L., McKnight S., Hamera E., Smith B. L., Peterson K. A., Plumlee A. A.** Use of symptoms by Schizophrenics to Monitor and Regulate Their Illness. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37(9):929-933.
15. **Birchwood M., Smith J., McMillan F., Hogg B., Prasad R., Harvey C. et al.** Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med* 1989; 19:649-656.
16. **Jorgensen P.** Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:327-330.
17. **Lee P. W. H., Lieh-Mak F., Yu K. K., Spinks J. A.** Coping Strategies of Schizophrenic Patients and their Relationships to Outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 163:177-182.
18. **Süllwold L., Herrlich J.** Providing Schizophrenic Patients with a Concept of Illness. An essential element of Therapy. *Br J Psychiatry* 1992; 161(suppl. 18):129-132.
19. **Goldman C. R., Quinn F. L.** Effects of a Patient Education Program in the Treatment of Schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39(3):282-286.

- 20. Moller M. D., Murphy M. F.** The Three R's Rehabilitation Program: A Prevention Approach for the Management of relapse Symptoms Associated with Psychiatric Diagnoses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20(3):42-48.
- 21. Atkinson J. M., Coia D. A., Gilmour W. H., Harper J. P.** The impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *Br J Psychiatry* 1996; 168:199-204.
- 22. Halford W. K., Harrison C., Kalyansundaram M., Moutrey C., Simpson S.** Preliminary Results From a psychoeducational Program to Rehabilitate Chronic Patients. *Psychiatr Serv* 1995; 46(11):1189-1191.
- 23. Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D., DiBarry A. L., Cooley S., Flesher S. et al.** Personal Therapy: A Disorder-Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(3):379-393.
- 24. Rebolledo S., Lobato M. J.** Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. In: Caballo VE, editor. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1997: 635-661.
- 25. Hogarty G. E., Greenwald D., Ulrich R., Kornblith S. J., DiBarry A. L., Cooley S. et al.** Three-Year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living With or Independent of Family, II: Effects on Adjustment of Patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11):1514-1524.
- 26. Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D., DiBarry A. L., Cooley S., Ulrich R. et al.** Three-Year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living With or Independent of Family, I: Description of Study and Effects on Relapse Rates. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11):1504-1513.
- 27. Adams C.** Psychosocial intervention for schizophrenia. *Effective Health Care* 2000; 6(3):1-8.
- 28. Jones C., Cormac I., Mota J., Campbell C.** Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2000;(3).
- 29. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G.** *Terapia cognitiva de la depresión*. 1 ed. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983.
- 30. Rector N. A., Beck A. T.** Cognitive Therapy for Schizophrenia: from Conceptualization to Intervention. *Can J Psychiatry* 2002; 47(1):39-48.
- 31. Chadwick P., Birchwood M., Trower P.** *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1996.
- 32. Kingdon D., Turkington D.** The use of cognitive behavioural therapy with a normalising rationale in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:207-211.
- 33. TARRIER N., BECKETT R., HARWOOD S., BAKER A., YUSUPOFF L., UGARTEBURU I.** A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 162:524-532.
- 34. Kuipers E., Garety P., Fowler D., Dunn G., Bebbington P., Freeman D. et al.** London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, I: effects of treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997; 171:319-327.
- 35. Kuipers E., Fowler D., Garety P., Chisholm D., Freeman D., Dunn G. et al.** London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998; 173:61-68.
- 36. TARRIER N., YUSUPOFF L., KINNEY C., MCCARTHY E., GLEDHILL A., HADDOCK G. et al.** Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *Br Med J* 1998; 317:303-307.
- 37. TARRIER N., WITTKONWSKI A., KINNEY C., MCCARTHY E., MORRIS J., HUMPHREYS L.** Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174:500-504.
- 38. Sensky T., Turkington D., Kingdon D., Scot J., Siddle R., O'Carroll M. et al.** A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:165-172.

39. **Drury V., Birchwood M., Cochran R., Macmillan F.** Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial, I: impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169:593-601.
40. **Perona Garcelán S., Cuevas Yust C.** Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 1. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicado al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología* 1999; 17(1 y 2):31-48.
41. **Perona Garcelán S., Cuevas Yust C.** Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 2. Estudios aleatorizados con grupos de control. *Apuntes de Psicología* 1999; 17(3):249-274.
42. **Lieberman R. P., Mueser K. T., Wallace C. J., Jacobs H. E., Eckman T. A., Massel H. K.** Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. *Schizophr Bull* 1986; 12(4):631-647.
43. **Scott J. E., Dixon L. B.** Psychological Intervention for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(4):621-630.
44. **Penn D. L., Mueser K. T.** Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153(5):607-617.
45. **Heinssen R. K., Lieberman R. P., Kopelowicz A.** Psychosocial Skills training for Schizophrenia: Lessons From the Laboratory. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):21-46.
46. **Rund B. R., Borg N. E.** Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenics patients: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(2):85-95.
47. **Green M. F.** What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 153(3):321-330.
48. **Addington J., Addington D.** Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25(1):173-182.
49. **O'Leary D. S., Flaum M., Kesler M. L., Flashman L. A., Arndt S., Andreasen N. C.** Cognitive Correlates of the Negative, Disorganized, and Psychotic Symptom Dimensions of Schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(1):4-15.
50. **Spaulding W. D., Fleming S. K., Red D., Sullivan M., Storzbach D., Lam M.** Cognitive Functioning in Schizophrenia: Implications for Psychiatric Rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999; 25(2):275-289.
51. **Spaulding W. D., Sullivan M., Weiler M., Reed D., Richardson C., Storzbach D.** Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(suppl 384):116-124.
52. **Nuechterlein K. H., Dawson M. E., Ventura J., Gitlin M., Subotnik K. L., Snyder K. S. et al.** The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(suppl. 382):58-64.
53. **Green M. F., Nuechterlein K. H.** Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? *Schizophr Bull* 1999; 25(2):309-318.
54. **Roder V., Brenner H. D., Hodel B., Kienzle N.** Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psiquiatría, 1996.
55. **Evans J. J., Chua S. E., McKenna P. J., Wilson P. A.** Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med* 1997; 27:635-646.
56. **Smith T. E., Hull J. W., Romanelli S., Fertuck E., Weiss K. A.** Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11):1817-1818.
57. **Wiedl K. H.** Cognitive modifiability as a measure of readiness for rehabilitation. *Psychiatr Serv* 1999; 50(11):1411-1413.
58. **Bellack A. S., Gold J. M., Buchanan R. W.** Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophr Bull* 1999; 25(2):257-274.
59. **Spaulding W. D., Reed D., Sullivan M., Richardson C., Weiler M.** Effects of Cognitive Treatment in Psychiatric Rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999; 25(4):657-676.

- 60. Medalia A., Aluma M., Tryon W., Merrian A. E.** Effectiveness of Attention Training in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24(1):147-152.
- 61. Wykes T., Reeder C., Corner J., Williams C., Everitt B.** The Effects of Neurocognitive Remediation on Executive Processing in Patients With Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25(2):291-307.
- 62. Mueser K. T., Drake R. E., Wallace C. J.** Dual diagnosis. A review of etiological theories. *Addict Behav* 1998; 23(6):717-734.
- 63. Drake R. E., Mueser K. T.** Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):105-118.
- 64. Drake R. E., Mercer-McFadden C., Mueser K. T., McHugo G. J., Bond G. R.** Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998; 24(4):589-608.
- 65. Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Lewis S. W., Moring J., O'Brien R. et al.** Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1706-1713.
- 66. Rollnick S., Miller W. R.** What is motivational interviewing? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy* 1995; 23:325-334.
- 67. Rüsç N., Corrigan P. W.** Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26(1):23-32.
- 68. Haddock G., Tarrier N., Spaulding W., Yusupoff L., Kinney C., McCarthy E.** Individual cognitive-behaviour therapy in the treatment of hallucinations and delusions. *Clin Psychol Rev* 1988; 18:821-838.
- 69. Barrowclough C., Tarrier N.** Families of Schizophrenic Patients: A Cognitive-Behavioural Intervention. London: Chapman & Hall, 1992.
- 70. Drake R. E., Essock S. M., Shaner A., Carey K. B., Minkoff K., Kola L. et al.** Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52(4):469-476.

Dirección para correspondencia:

Juan Francisco Jiménez Estévez
Unidad de Rehabilitación de Área
C/ Almajara 1, 18008 Granada. Tel.: 958 81 90 79
e-mail: jimal@correo.cop.es

Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada.

New answers to the need of long-term hospitalization.

Juan Carlos Maestro Barón

Psicólogo clínico. Comunidad Terapéutica. H.U. Virgen de las Nieves. Granada

Juan Francisco Jiménez Estévez

Psicólogo clínico. Unidad de Rehabilitación de Área. H.U. San Cecilio. Granada

RESUMEN

El presente trabajo aborda diferentes aspectos relacionados con los pacientes que sufren trastornos mentales severos y precisan hospitalizaciones prolongadas. En un primer momento el artículo trata de clarificar las características de dos subgrupos englobados dentro de las personas con enfermedad mental grave: los denominados "nuevos pacientes de larga estancia" y los "pacientes difíciles de ubicar". Se revisan posteriormente el fenómeno de la desinstitutionalización, ligado al papel presente y futuro de los hospitales psiquiátricos, y las nuevas alternativas para la hospitalización prolongada de los enfermos mentales severos, propias de los modelos de orientación comunitaria. Parece existir un consenso generalizado en torno a la idea de que la mayor parte de los pacientes puede vivir con sus familias, solos o en un abanico de dispositivos comunitarios de puertas abiertas. Sin embargo, el acuerdo no se mantiene respecto a los pacientes más graves. Se analizan con mayor detenimiento dos dispositivos surgidos como alternativa al hospital psiquiátrico: la "residencia-hospital" (hospital-hostel), procedente del ámbito anglosajón; y las denominadas comunidades terapéuticas, unidades de media y larga estancia creadas en Asturias y Andalucía en el contexto de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: hospitalización, prolongada, desinstitutionalización, residencias y comunidad terapéutica.

ABSTRACT

This work outlines the different issues relating to patients with severe mental illness and who require long-term inpatient care. It attempts to identify the characteristics of those sub-groups of people suffering from severe mental illness, namely: "the new long-term" and "the difficult to place". The phenomenon of deinstitutionalisation is studied, in relation to the current and future role of psychiatric hospitals, and the new alternatives to long-term inpatient care for the severely mentally ill, now an integral part of community models of care. It appears that a general consensus considers that the majority of these patients can live with their family, alone or within a network of open-door community facilities. However, this is not considered the case for the more severely ill. This work examines in detail two units, as alternatives to psychiatric hospitals, namely: the "hospital-hostel", a British concept, and the so-called "therapeutic communities", units for medium and long-term care, created in Asturias and Andalucía as part of their psychiatric reform process.

Keywords: long-term hospitalization, desinstitutionalisation, hostel, therapeutic community.

INTRODUCCIÓN

¿Qué respuestas se dan actualmente a los pacientes que padecen trastornos mentales severos y precisan hospitalizaciones prolongadas? ¿Qué alternativas sintonizan más con el modelo comunitario? ¿Cuáles obtienen mejores resultados? ¿Cuáles satisfacen más a los pacientes? Este trabajo tratará de esbozar algunas respuestas, aportaciones, siempre parciales, a un viejo, complejo e interminable debate alojado en el corazón de los procesos de reforma psiquiátrica. Nos centraremos para ello en el ámbito anglosajón y en la realidad de nuestro país.

En numerosos países occidentales, los servicios comunitarios de salud mental tratan de proporcionar a los pacientes una atención integral e intentan mantener la continuidad de cuidados para evitar, en la medida de lo posible, la hospitalización de los usuarios.

Los tratamientos ambulatorios, la hospitalización parcial y los recursos residenciales no hospitalarios constituyen las principales alternativas existentes para el tratamiento de los enfermos mentales graves. Los nuevos abordajes han permitido reducir sustancialmente el peso específico de los hospitales psiquiátricos. Existe un consenso generalizado en torno a la idea de que la mayor parte de los pacientes puede vivir con sus familias, solos o en un abanico de dispositivos comunitarios de puertas abiertas. Sin embargo, el acuerdo no se mantiene respecto a los pacientes más graves. Un reducido grupo de personas parece necesitar establecimientos altamente estructurados con personal las 24 horas y, en ocasiones, cerrados. Algunos autores (1-4) defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos adecuadamente diseñados para el tratamiento de este grupo de pacientes. Otros autores (5) señalan la necesidad de desechar progresivamente los hospita-

les psiquiátricos tradicionales incluso para los enfermos más graves y plantean la necesidad de atenderlos en nuevas unidades especializadas de carácter comunitario.

En las próximas páginas abordaremos las características de los “nuevos pacientes de larga estancia”, el fenómeno de la desinstitutionalización, ligado al papel presente y futuro de los hospitales psiquiátricos, y las nuevas alternativas para la hospitalización prolongada de los enfermos mentales severos. Desarrollaremos con mayor detenimiento dos dispositivos de estas características: la “residencia-hospital” (*hospital-hostel*), propia del ámbito anglosajón; y las denominadas comunidades terapéuticas, unidades de media y larga estancia creadas en Asturias y Andalucía en el contexto de la reforma psiquiátrica.

LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y PERSISTENTES

El cierre de los hospitales psiquiátricos y los nuevos modelos asistenciales no van a suponer la desaparición de los pacientes con trastornos severos y persistentes, difíciles de manejar en la comunidad. Diferentes estudios concluyen que, independientemente de la calidad de los servicios de salud mental, los denominados en la literatura anglosajona “nuevos pacientes de larga estancia” (*new long stay*) continúan teniendo ingresos prolongados en las unidades de hospitalización (6-8).

Buena parte de los “nuevos pacientes de larga estancia” se denominan “difíciles de ubicar” (*difficult to place*) o “pacientes de comportamiento desafiante” (*challenging behaviour*). Los términos no son sinónimos. La denominación “difícil de ubicar” incluye no sólo a los “nuevos pacientes de larga estan-

cia”, sino también a los antiguos: aquellas personas que permanecen en los hospitales psiquiátricos hasta el final en los procesos de desinstitucionalización, debido a las dificultades que plantea su reinserción en alojamientos comunitarios.

Si bien es cierto que los “nuevos pacientes de larga estancia” presentan dificultades para adaptarse a los entornos comunitarios, también lo es que no todos son inmanejables fuera de las estructuras hospitalarias; por lo tanto, no todos deben calificarse como “difíciles de ubicar”. En numerosos ámbitos, la escasez de recursos residenciales prolonga innecesariamente los ingresos de estos enfermos en unidades de hospitalización de corta y larga estancia (6).

Los perfiles de los pacientes “difíciles de ubicar” descritos en la literatura suelen aproximarse entre sí (8-11). Bigelow et al. (8) describen este tipo de paciente como un esquizofrénico varón entre los 30 y los 40 años con déficits considerables en cuanto a sus habilidades sociales y de autocuidado, que tiene tendencia a la agresividad física, presenta problemas relacionados con el consumo de sustancias y rechaza el tratamiento. Los mismos autores estiman que la prevalencia de pacientes con necesidades especiales rondaría los 15 casos por 100.000 habitantes.

Trieman y Leff, ambos miembros del *Team for the Assessment of the Psychiatric Services* (TAPS), realizan dos estudios sobre los pacientes “difíciles de ubicar” (12-14) en los que ponen más énfasis en los comportamientos problemáticos individuales que en las limitaciones funcionales. Estos autores sostienen que los pacientes con pobres habilidades sociales y de la vida diaria pueden ser manejables en alojamientos comunitarios, si cuentan con apoyos intensos, mientras que deter-

minados trastornos de comportamiento suelen constituir un obstáculo insalvable de cara a los emplazamientos comunitarios. El 15 % de los pacientes del Hospital de Friern, uno de los dos hospitales en los que se realizaron los estudios del TAPS, fue designado como “difícil de ubicar”. El personal del hospital señaló 13 problemas de comportamiento como claros impedimentos para el realojamiento de esos pacientes en entornos comunitarios. La agresividad, el problema más frecuente, estaba presente en más del 50 % de los casos. Otros problemas frecuentes eran el comportamiento sexual inadecuado, el rechazo del tratamiento, la tendencia a provocar fuegos, el consumo de tóxicos y el robo.

EN TORNO A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN: DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO A LOS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS

Las dimensiones de los procesos de desinstitucionalización en EEUU y en el Reino Unido resultan impactantes. En 1956, cuando el número de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos alcanzó su punto más alto, 559.000 personas vivían en estas instituciones en EEUU (339 camas ocupadas por 100.000 habitantes). En 1998 había 57.151 camas ocupadas (21 camas ocupadas por 100.000 habitantes) (1). En Inglaterra y Gales se ha pasado de 155.000 camas en 1955 (344 camas por 100.000 habitantes) a 36.000 camas en 1998 (70 camas por 100.000 habitantes) (15). Sólo una parte de las camas amortizadas ha sido reemplazada por plazas residenciales (16). La auditoría realizada por Lelliott y Wing (6) en una amplísima muestra de recursos del Reino Unido habla de un total de entre 58 y 63 camas de larga estancia por 100.000 habitantes para personas de menos de 65 años (camas de hospitalización y residenciales). En la Tabla I podemos observar con mayor detalle la tipología de camas y su ratio.

En España el proceso de disminución del número total de camas en los hospitales psiquiátricos sigue las pautas de otros países de nuestro ámbito, pero con un retraso aproximado de 10 años (17). En 1973 existían 43.000 camas en los hospitales psiquiátricos españoles (126 camas por 100.000 habitantes) (18). El ritmo de descenso aumenta tras el inicio de la reforma psiquiátrica. Según la Encuesta de Salud Mental (19), en 1994 había en nuestro país 12.020 camas de media y larga estancia (31 camas por 100.000 habitantes). Sin embargo, se dan abultadas diferencias interterritoriales. Mientras Andalucía, Madrid o Asturias presentan en ese momento tasas por debajo de las 25 camas por 100.000 habitantes, en Aragón, Extremadura o la Rioja se contabilizan más de 100 camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos por 100.000 habitantes (19). En muchas regiones se observa una tendencia considerable al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos para el ingreso de pacientes de corta y larga estancia (18,20).

En una publicación conjunta, Lamb y Bachrach (1) reflexionan acerca de las lecciones aprendidas a lo largo del proceso de desinstitucionalización. Para ellos, los problemas más importantes han surgido en la creación de recursos comunitarios adecuados y accesibles. Allí donde se ha creado una red integrada de recursos comunitarios bien dotada y accesible, la mayor parte de las personas con enfermedades mentales severas se han visto significativamente beneficiadas. Cuando esto no ha ocurrido, una parte de los enfermos graves ha terminado ingresando en las cárceles, viviendo en la calle o en otras situaciones inaceptables. En el Cuadro I resumimos las principales conclusiones que los autores extraen del proceso de desinstitucionalización.

Después de 40 años de reducción de la población de los hospitales psiquiátricos, los expertos continúan ponderando su valor de

para la atención a los enfermos, su relevancia dentro de la organización de los cuidados y su viabilidad global. Los hospitales varían en lo referido a las características de la población internada, en el contenido de sus servicios y en la calidad de sus cuidados (14).

Diferentes autores (1-4) defienden la necesidad de mantener los hospitales psiquiátricos junto a las estructuras comunitarias para atender a un reducido grupo de pacientes con trastornos muy graves. Bachrach (2) afirma que, si bien en algunos lugares los hospitales han sido superados por estructuras comunitarias, en general continúan ocupando, debido a sus múltiples funciones, un lugar crítico en los sistemas de cuidados, y se muestra partidario de integrarlos en esos sistemas. Este mismo autor manifiesta que tratamientos excelentes y deficientes se dan tanto en contextos hospitalarios como comunitarios y ninguno puede ser descrito como intrínsecamente superior para todos los pacientes en todas las circunstancias.

En la misma línea Wing (21) dice: "La calidad de la vida tal y como la perciben el paciente y su familia es el criterio final por el que deben ser juzgados los servicios. Un buen hospital es mejor que una residencia o una familia en las que domine un ambiente empobrecido. Un buen entorno familiar es mejor que un mal hospital o una mala residencia". Wing (3,22) trata de recuperar los aspectos positivos del asilo, término devaluado en la actualidad, según él, en buena parte porque se asocia esta institución a funciones meramente protectoras y de segregación.

Para este autor, los grandes hospitales psiquiátricos realizaban funciones similares a las de los asilos: proteger simultáneamente a los pacientes de la población y a ésta de los pacientes, proporcionar un entorno tranquilo, permitir la recuperación del individuo y

facilitar su realojamiento. Wing alerta acerca de la necesidad de mantener estas funciones en la nueva red de servicios, una vez que el hospital ha perdido en gran medida peso específico en el actual sistema de cuidados.

Frente a diferentes autores citados anteriormente, Leff (5) mantiene que el reducido número de pacientes “difíciles de ubicar” no justifica el mantenimiento de los enormes edificios asociados a la imagen de las instituciones psiquiátricas. En este sentido, pronostica que los hospitales psiquiátricos no tienen futuro y que dentro de 50 años no existirán en Occidente. Apoyándose en el estudio realizado por el TAPS, Trieman y Leff (13) defienden que los pacientes “difíciles de ubicar” se pueden mantener satisfactoriamente en un abanico de unidades especializadas que forman parte de la red de servicios comunitarios. La existencia de elevadas ratios de personal en este tipo de unidades y el acceso ágil a las unidades de agudos, disminuye al mínimo el riesgo de que la población pueda sufrir agresiones u otro tipo de incidentes. Sin embargo, Leff matiza esta postura en otro trabajo realizado junto a Trieman (23) en el que proponen un tipo de dispositivo a medio camino entre lo hospitalario y lo comunitario, la “residencia-hospital”, como el lugar idóneo para atender a los pacientes de “difícil ubicación”. En esta publicación señalan que existe una minoría entre los pacientes de “difícil ubicación” que no se adapta a la “residencia-hospital” y precisa una unidad de seguridad, debido a los trastornos de conducta extremadamente graves que presentan.

En algunos lugares han sido creados nuevos hospitales de reducidas dimensiones para atender a los pacientes gravemente incapacitados, como alternativa a los grandes hospitales psiquiátricos. Éste es el caso de California, estado en el que se ha creado en

la comunidad una red de 40 nuevos hospitales estatales. Lamb (24) ha evaluado recientemente uno de estos hospitales de 95 camas, con un grado moderado de estructuración, al que habían sido trasladados numerosos pacientes difíciles de manejar, que presentaban problemas de comportamiento violento. A pesar de la realización de un programa de rehabilitación de calidad, el tratamiento de estos pacientes se había hecho cada vez más difícil y peligroso. Lamb concluye que la utilización de alternativas comunitarias a la hospitalización psiquiátrica no resulta adecuada para todos los pacientes. Señala también que el traslado de pacientes a alternativas comunitarias a menudo está motivado por sus costos más bajos y por una ideología que contempla como algo excepcional la necesidad de prestar cuidados muy estructurados. Propone que los responsables de la planificación de los servicios se centren primero en las necesidades individuales y creen, posteriormente, los dispositivos necesarios para cubrir esas necesidades.

LA “RESIDENCIA-HOSPITAL” (HOSPITAL-HOSTEL)

Los pacientes con trastornos mentales severos y persistentes, especialmente los denominados en la literatura anglosajona “difíciles de ubicar”, parecen necesitar un tipo de institución que reúna algunas de las características positivas de las estructuras hospitalarias (intervenciones terapéuticas intensas, elevada dotación de personal y alta cualificación del mismo e intervenciones individualizadas) y las ventajas de los alojamientos comunitarios (dimensiones reducidas, entorno doméstico y acceso fácil a los servicios del núcleo urbano). En el ámbito anglosajón dos autores, Wing (25) y Bennett (26), concibieron una alternativa sanitaria que reunía estas características, la denominada “residencia-

hospital” (*hospital-hostel*) o “pabellón en casa” (*the ward in a house*). El prototipo de este nuevo dispositivo se abrió en Londres en 1977 (27). Shepherd (10), sorprendentemente, encuentra en la “residencia-hospital” numerosas reminiscencias de una de las primeras instituciones creadas para el cuidado de los enfermos mentales, el *York Retreat*, institución fundada en 1796, pionera en la aplicación del tratamiento moral. El *Retreat* valoraba especialmente las necesidades del individuo y la importancia terapéutica de la relación entre el residente y sus cuidadores. Se seleccionaban cuidadores sanos y estables que eran entrenados para trabajar con los enfermos aplicando métodos positivos en mayor medida que estrategias punitivas.

En la Tabla II podemos observar algunas características de varias “residencias-hospitales” británicas evaluados por diferentes autores. Todas las casas poseen un número reducido de camas, entre 8 y 28 camas. La “residencia-hospital” con mayor número de plazas (TAPS Casa A) consta de tres casas adosadas, lo que permite mantener ambientes diferenciados en cada casa. La dotación de personal es muy variable; la plantilla de las dos casas mejor dotadas duplica la de la casa menos dotada. Los enfermeros titulados constituyen el estamento con mayor representación en las plantillas de todos los dispositivos, seguido por el de auxiliares de enfermería. Estas “residencias-hospitales” reciben supervisión a tiempo parcial por parte de un equipo interdisciplinar. Todos los alojamientos han recreado ambientes domésticos; sin embargo, los emplazamientos varían (22,28). En unos casos, la “residencia-hospital” se ha ubicado en zonas residenciales, en otros, en el recinto de hospitales psiquiátricos reformados y, por último, algunas, se han situado en el recinto de un hospital general o cerca del mismo. La ubicación en recintos hospitalarios o en sus in-

mediaciones, siempre que se pueda disponer de edificios independientes con espacios ajardinados, conlleva algunas ventajas: se puede recibir apoyo del personal del hospital en caso de necesidad, se facilita el traslado durante cortos períodos de tiempo de pacientes que lo requieran y se dispone de la infraestructura hospitalaria (29). En cualquier caso, parece perfectamente viable crear “residencias-hospitales” en áreas residenciales en las que se pueden facilitar objetivos como la normalización y la integración comunitaria (23,27). Conviene contemplar también la mayor o menor amplitud de los períodos de seguimiento correspondientes a cada estudio. En dispositivos para estancias prolongadas los períodos cortos suponen una merma importante en la fiabilidad de los resultados que arroja la evaluación. Especialmente en lo referido a otra de las variables que se recoge en la Tabla 2: el porcentaje de pacientes trasladados a pabellones de larga estancia tradicionales o a unidades de seguridad. Observamos que los estudios con un período de seguimiento más reducido, 12 meses, también presentan los porcentajes más bajos de traslados.

Principios que regulan el funcionamiento de la “residencia-hospital”

Shepherd (10,30) desarrolla extensamente los principios que caracterizan el funcionamiento de la “residencia-hospital”. A continuación resumimos los más relevantes:

Los **cuidados individualizados** constituyen uno de los aspectos primordiales de la metodología utilizada en estos dispositivos. Se elabora un programa individualizado, claro y simple a partir de la evaluación realizada a lo largo de las seis primeras semanas por parte del equipo. En este período se construye un

cuadro en el que se recogen los puntos fuertes y débiles del sujeto a partir de las aportaciones de todos los profesionales. El personal prescinde de escalas y cuestionarios y utiliza sus interacciones informales con el paciente como fuente de información para completar la evaluación. Tras este período, en una reunión del equipo, se elabora el primer plan de cuidados. El plan es consensuado con el paciente y recoge las metas marcadas y las estrategias idóneas. El plan se configura como el guión básico que orienta al personal en sus interacciones cotidianas con el enfermo. Las metas se diseñan planteando pequeñas mejoras respecto a la conducta base del paciente y se negocian siempre individualmente con cada usuario. Shepherd no se muestra partidario de técnicas como la economía de fichas u otro tipo de programas formales de modificación de conducta, porque entiende que el tipo de ambiente característico de la “residencia-hospital”, muy rico en información, es tan eficaz como los programas formales.

Las intervenciones se centran en cuestiones prácticas relacionadas con la convivencia y la vida diaria, con el funcionamiento del paciente y el desarrollo de sus habilidades. Se emplean las intervenciones psicosociales habituales de los programas de rehabilitación (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, estrategias de afrontamiento, etc.) junto a los tratamientos farmacológicos. La patología no se obvia, pero permanece en un segundo plano; los síntomas se abordan en la medida en que interfieren en el desempeño del paciente en su vida cotidiana. Shepherd cree que el hecho de priorizar el funcionamiento en vez de los síntomas encierra un mensaje de normalización hacia el paciente y le ayuda a disminuir los trastornos de comportamiento. Aunque la unidad administrativamente se encuentra asignada a un hospital, la vida diaria de la casa depende en buena medida del funciona-

miento conjunto del personal y los pacientes. El hospital no proporciona comidas, jardineros o limpiadores. Esa dinámica de colaboración entre el personal y los pacientes para la realización de múltiples tareas cotidianas facilita el acercamiento entre ambos grupos.

La tercera característica de los cuidados alude a la importancia de la **calidad de la relación entre el personal y los usuarios**. Shepherd (10) afirma: “Calidad en este contexto no significa sólo respeto por el individuo y su singularidad, sino también la expresión de un interés genuino por la otra persona y la transmisión de calidez en la relación interpersonal [...] La ausencia de crítica y sobreimplicación puede ser particularmente beneficiosa para pacientes que residen con sus familias y hay ahora también algunas evidencias preliminares de que estos aspectos cualitativos de la relación interpersonal pueden ser importantes con respecto a los cuidadores no familiares. Nosotros, además, tratamos de crear una atmósfera en el personal baja en emoción expresada y hacemos un esfuerzo consciente para reducir el grado de criticismo, hostilidad y sobreimplicación entre el personal y los residentes.” La selección del personal, su formación regular y el apoyo y supervisión del mismo, son factores importantes para alcanzar los objetivos descritos anteriormente. Los psicólogos visitan las casas dos veces cada semana para revisar los planes individuales y ayudar al personal a discriminar las buenas y malas prácticas profesionales. Este autor subraya también la importancia de los estresores externos que afectan al personal (conflictos dentro del equipo, problemas con la administración del hospital, moral baja) y pueden incrementar su nivel de emoción expresada.

El último principio alude a la necesidad de mantener la **consistencia y continuidad de los cuidados a través de la coordinación y**

comunicación entre los miembros del equipo. Según Shepherd (10), “Trabajar con esta clase de pacientes en este tipo de entornos es, por su naturaleza, difícil, absorbente y, a menudo, muy frustrante. Las metas deben ser pequeñas y tienen que plantearse despacio. Mantener la mejoría requiere crear y sostener un ambiente terapéutico de alta calidad a lo largo de períodos de tiempo muy prolongados[...] Por todos estos motivos, tratamos de crear un equipo cohesionado y motivado, pero es una estructura frágil y delicada que necesita atención y apoyos constantes para conservar su funcionamiento”.

Resultados de la “residencia-hospital”

Tras revisar diferentes estudios relacionados con las “residencias-hospitales” hemos encontrado resultados coincidentes en algunos aspectos como la mejora de la satisfacción de los sujetos en este tipo de entornos, su mayor implicación en actividades productivas y el aumento en la utilización de los servicios comunitarios. La consistencia de los resultados disminuye en áreas como el funcionamiento social y las habilidades de la vida diaria.

El TAPS evaluó los resultados de un grupo de pacientes de “difícil ubicación” un año después de ser trasladados desde un hospital psiquiátrico a tres tipos de “residencia-hospital” (13,14). No encontraron cambios significativos en su sintomatología, tampoco en su funcionamiento social, ni en las habilidades de la vida diaria. Sin embargo, sí detectaron modificaciones en los trastornos de conducta. Los cambios no eran cuantitativos sino cualitativos; aparecía un nuevo perfil dentro de las conductas disruptivas. Se redujeron significativamente diferentes conductas disruptivas, entre ellas la más grave, la agresión (especialmente en el alojamiento menos restrictivo), y aparecieron conductas

nuevas como la mendicidad, el robo o el riesgo de incendios provocados. Los resultados llevan a Leff y Trieman a proponer que los esfuerzos, en este tipo de unidades, se centren no tanto en la adquisición de habilidades, como en la modificación de las conductas disruptivas.

Shepherd (10) sí encuentra cambios positivos en el comportamiento social de los usuarios de la “residencia-hospital” con respecto a las salas tradicionales de larga estancia y a las unidades de agudos. Comunica también mejores resultados respecto al mantenimiento del nivel de actividad (los pacientes en la “residencia-hospital” ocupan un 40 % de su tiempo en actividades estructuradas, mientras que en un hospital tradicional emplean menos de un 10 %), a diferencia de Allen et al. (27) que, en la evaluación de una “residencia-hospital” con baja dotación de personal, no encuentran diferencias significativas en el grado de inactividad.

Creighton et al. (29) nos ofrecen los resultados de un interesante trabajo sobre un dispositivo, Douglas House, siete años después de su fundación. Durante este período, la unidad, que cuenta con nueve plazas, había atendido a 24 personas. Al igual que Shepherd (10), distinguen tres grupos entre los pacientes. Un primer grupo lo conforman los pacientes reinsertados en alternativas residenciales tras una estancia media de 30 meses en el caso de la Douglas House (38 % de los ingresos) y de entre 11 y 23 meses en el trabajo de Shepherd (40 % de los ingresos). Un segundo grupo, entre el 25 % y el 33 % de los pacientes ingresados, no se había adaptado al entorno y había sido trasladado de nuevo a un hospital tradicional o a una unidad de seguridad, debido a los trastornos de comportamiento que presentaba. Ambos estudios apuntan la

posibilidad de que el ambiente de las “residencias-hospitales” resulte excesivamente exigente y estimulante para este grupo de personas y plantean la hipótesis de que estos enfermos puedan beneficiarse de las salas tradicionales, entornos con mayor espacio, menos personal y menor presión. Leff y Trieman (23) también afirman que, para una pequeña parte de los pacientes de “difícil ubicación”, la “residencia-hospital” no ofrece un medio suficientemente contenedor. Se trata de sujetos con un extremo grado de agresividad y de *acting out* que precisarían una unidad de seguridad. El tercer grupo, entre el 25 % y el 40 % de los pacientes, permanecía ingresado en ambos estudios (tras 43 meses de estancia media en la muestra de la Douglas House). Para muchos de ellos la residencia se había convertido, probablemente, en su hogar permanente.

La “residencia-hospital” aporta mayores grados de calidad de vida (13,14) o satisfacción (10,27,30) a los usuarios. Esto parece estar asociado a factores como el menor grado de restricción, la capacidad de elección, el incremento en la intimidad y la mayor normalización del ambiente.

Salvo excepciones (27), estos servicios resultan gravosos. Sus costos superan en mayor o menor grado los costos de los hospitales psiquiátricos, e igualan o reducen los gastos de las unidades de agudos (10,23,31).

UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ANDALUCÍA: LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La situación de las unidades de media y larga estancia en nuestro país presenta una enorme variabilidad. Desde las denominaciones de este tipo de unidades (unidad de

media estancia, unidad de larga estancia, unidad de media y larga estancia, unidad de rehabilitación hospitalaria, unidad residencial rehabilitadora, comunidad terapéutica, etc.) que, en unas ocasiones, dejan entrever la filosofía de los profesionales que las diseñaron y, en otras, ocultan pabellones tradicionales que apenas han modificado su funcionamiento (17,32,33); hasta su emplazamiento, pasando por el número de plazas, su funcionamiento o su integración en la red de dispositivos y en la comunidad. En la mayor parte de las comunidades autónomas permanecen abiertos los hospitales psiquiátricos. En muchas de ellas todas las camas de media y larga estancia se encuentran en esos hospitales psiquiátricos; en unos casos, las unidades han sido reformadas y se han implantado programas de rehabilitación, en otros casos, las unidades no han sufrido transformaciones. En 1994 la tasa estatal de camas de media y larga estancia era de 33,8 camas por 100.000 habitantes (19).

En una comunidad autónoma, Andalucía, la desaparición del hospital psiquiátrico de la red de servicios de salud mental se ha hecho realidad el pasado año 2000. En otra región, Asturias, el proceso de cierre se encuentra muy avanzado, quedan abiertas una unidad de psiquiatría con 46 camas y una unidad de psicogeriatría con 60 camas (34). En ambas autonomías se han creado nuevos dispositivos para atender las necesidades de hospitalización prolongada. Se trata de las denominadas comunidades terapéuticas. En Asturias se han creado 5 comunidades terapéuticas que disponen conjuntamente de 72 camas, 7,7 camas por 100.000 habitantes (34). De las Heras et al. (35) presentan en un trabajo las características de las comunidades terapéuticas de Asturias, sus fundamentos conceptuales y los primeros resultados, tras dos años de funcionamiento.

Características generales de las Comunidades Terapéuticas de Andalucía

En 1989 comienza a funcionar, con carácter experimental, la primera comunidad terapéutica (CT) de Andalucía. La CT se configuraba como la alternativa al hospital psiquiátrico para el tratamiento de los enfermos mentales más graves, dentro de la nueva red de servicios de orientación comunitaria. Se trata del último dispositivo creado entre los que componen la red andaluza de servicios de salud mental (equipo de salud mental de distrito, unidad de salud mental de hospital general, unidad de rehabilitación de área, unidad de salud mental infantil y hospital de día), el que completa dicha red. Es un dispositivo de hospitalización activa, de media y larga duración, adscrito funcionalmente a un hospital general para prestar atención activa y continuada a pacientes derivados desde los equipos de salud mental, cuyos problemas no puedan resolverse en el ámbito comunitario, ni en las unidades de hospitalización breve (36). Actualmente, se encuentran operativas trece unidades. Las diferentes CT creadas, no siempre presentan un perfil coincidente (comunicación personal); en algunos casos se observan diferencias en las características (número de camas, plantilla, ubicación y perfil de los pacientes) y en el funcionamiento (orientaciones teóricas, actividades, existencia de programa de día, admisión de pacientes involuntarios, régimen de puertas abiertas, etc.) de las mismas. En el año 2000 un grupo de trabajo compuesto por profesionales de diferentes CT elaboró un documento en el que se sentaban las bases estructurales y funcionales de este dispositivo (37). El documento, que ha facilitado un discreto grado de homogeneización entre las diferentes unidades, servirá de punto de referencia del presente trabajo.

La mayor parte de las CT dispone de 15 plazas de hospitalización completa (el rango se sitúa entre las 11 y las 20 plazas) y 15 plazas de hospitalización parcial (el rango se sitúa entre las 0 y las 30 plazas). Andalucía dispone de un total de 195 camas, 2,7 camas por 100.000 habitantes (comunicación personal). Seis CT se han ubicado en los recintos de hospitales generales y cinco han sido ubicadas en áreas residenciales urbanas de diferente naturaleza, normalmente en casas del casco histórico de las ciudades (salvo una de las CT que ha aprovechado un antiguo pabellón de un hospital psiquiátrico cerrado y reconvertido en facultad universitaria). Ambos tipos de emplazamiento presentan ventajas e inconvenientes, algunos de ellos ya señalados cuando nos referíamos a la “residencia-hospital”. Las dos unidades restantes se sitúan en áreas rurales. Éste ha resultado ser el emplazamiento con mayores inconvenientes debido, fundamentalmente, a la dificultad de acceso a otros recursos de todo tipo.

Las unidades situadas en áreas residenciales poseen un mayor grado de normalización y proporcionan entornos más hogareños, pero sufren la escasez de espacio interior y, a menudo, carecen de espacios verdes. Por el contrario, los dispositivos ubicados en recintos hospitalarios ofrecen un ambiente con mayor tinte institucional, a pesar de los esfuerzos realizados para cuidar la decoración y el mobiliario. Sin embargo, suelen disponer de espacios interiores más amplios y de zonas ajardinadas. Se benefician también de la infraestructura del hospital, del apoyo del personal (incluido el médico o psiquiatra de guardia) y de una mayor fluidez en las derivaciones temporales a la unidad de agudos de aquellos pacientes que lo precisen.

Muchas de las CT han atendido, en una primera etapa, a pacientes procedentes de los hospitales psiquiátricos en proceso de

cierre; bien debido a la ausencia de plazas residenciales para alojarlos, bien debido a que se trataba de pacientes de “difícil ubicación”, que necesitaban prolongar su proceso de rehabilitación antes de pasar a un alojamiento comunitario. Puesto que se trata de la única estructura hospitalaria, además de la unidad de hospitalización breve, la CT debe atender a los “nuevos pacientes de larga estancia”, muchos de ellos incluidos en la categoría de pacientes de “difícil ubicación”, cuyas características hemos descrito anteriormente.

A diferencia de la “residencia-hospital”, que no suele delimitar los tiempos de estancia de las personas ingresadas, la CT plantea la conveniencia de que los ingresos tengan una duración aproximada de 6 a 24 meses. La existencia de un programa de hospitalización parcial en el mismo servicio persigue dos objetivos: crear una etapa de transición tras el alta en la que se disminuye progresivamente el apoyo que recibe el paciente (hasta que vuelve a su equipo de referencia) y completar las ofertas de hospitalización parcial que ofrece la red (unidad de rehabilitación y hospital de día en el ámbito sanitario; taller ocupacional en el ámbito de los servicios sociales especializados). En este programa el enfermo pasa en la CT períodos de tiempo variables entre las 9 y las 21 horas, incluidos, si lo precisa, los fines de semana. También se presta un servicio de comedor.

La plantilla básica de la CT se compone de 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 4 monitores ocupacionales, 1 trabajador social, 9 diplomados de enfermería, 12 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar administrativo, 5 celadores y el personal de servicios. La mayor parte de las unidades no posee la plantilla completa, lo cual condiciona lógicamente los cuidados que prestan y el número de pacientes que atienden. A diferencia de la

“residencia-hospital”, la CT cuenta con un equipo interdisciplinar con dedicación plena, lo que permite desarrollar un abanico de programas y actividades completo, en el que se incluyen intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares (38).

No se dispone aún de estudios de costos específicos, pero sí contamos con un interesante trabajo en el que junto a los demás dispositivos de un área de salud mental, se valora el costo de una unidad de rehabilitación hospitalaria de características similares (de cara a la evaluación de costos) a la CT (39).

Principios que regulan el funcionamiento de la comunidad terapéutica

Desde un punto de vista conceptual y metodológico la CT comparte los principios de la “residencia-hospital” ya descritos en estas páginas. Las CT andaluzas suelen integrar en mayor o menor medida elementos procedentes de dos planteamientos teóricos: la filosofía genérica de la comunidad terapéutica o ambiente terapéutico (40-42) y el modelo de la rehabilitación psicosocial (43). A continuación añadimos algunos principios de funcionamiento a los ya recogidos respecto a la “residencia-hospital”.

Ambiente terapéutico. En la CT se intenta crear un microcosmos social donde las relaciones interpersonales, estructuradas y sanas, permitan reorganizar la vida emocional, cognitiva y relacional del paciente, sumido a menudo en vivencias y comportamientos desorganizados que desbordan las posibilidades del medio familiar (44).

Voluntariedad. Las CT promueven el ingreso voluntario de los pacientes tras firmar un contrato terapéutico. Sin embargo, la mayor parte de las CT admiten ingresos in-

voluntarios e incluso algunos ingresos por orden judicial. Cuando se producen ingresos involuntarios se intenta implicar posteriormente al paciente mediante el contrato terapéutico. Los posibles ingresos por orden judicial deben estudiarse detenidamente y estar condicionados siempre a la aceptación del régimen de funcionamiento de la unidad por parte de la autoridad judicial (37,45).

Puertas abiertas. Independientemente de que las puertas del edificio que alberga la CT se encuentren físicamente abiertas o cerradas, por lo general, estas unidades funcionan con un régimen de puertas abiertas, con algunas limitaciones. La situación clínica de determinados enfermos o su elevado grado de discapacidad, pueden hacer necesario, en determinados períodos, el control de sus salidas o la retirada de las mismas, de forma que sólo puedan salir del recinto acompañados por el personal.

Colaboración del paciente. Dentro de un clima de respeto y tolerancia, se persigue la participación e implicación del paciente en la vida cotidiana de la unidad, la colaboración y responsabilización del mismo en su propio tratamiento. Por ello, resulta necesario establecer la negociación y la búsqueda del consenso como pautas habituales en la relación con los usuarios (37).

Apertura. Se pretende que la CT no sea un espacio aislado sino orientado hacia el exterior y favorecedor de la integración social del enfermo. Para ello se facilita la conexión con la red social del sujeto y su ampliación, así como la realización de actividades en otros recursos sanitarios y sociales.

DISCUSIÓN

Globalmente considerado, el desplazamiento de los cuidados desde los hospitales psiquiátricos a los pequeños alojamientos

ubicados en la comunidad ha resultado positivo (46-50). La creación de redes de servicios sanitarios y sociales de salud mental con orientación comunitaria, se ha impuesto en los países de nuestro entorno y, como ya anunciábamos, existe un acuerdo generalizado en torno a la idea de que esa red responde a las necesidades de la mayor parte de los enfermos mentales graves.

No obstante, la casi totalidad de los servicios de salud mental de los países estudiados tiene un grupo de personas gravemente afectadas que son difíciles de atender en los recursos comunitarios tradicionales. Este reducido grupo de pacientes plantea numerosos interrogantes a los investigadores y suscita respuestas, en ocasiones, dispares por parte de los planificadores de los servicios de salud mental. ¿Es posible y/o deseable prescindir totalmente del hospital psiquiátrico en el abordaje de este grupo de pacientes (51)?

Creemos que no hay una única respuesta a este interrogante. Conviene contemplar, al menos, tres factores antes de responder. En primer lugar, el punto de partida en cada sitio en cuanto al número de camas en hospitales de larga estancia.

Cuanto menor sea el número de camas, con mayor facilidad se podrá prescindir del hospital psiquiátrico. En segundo lugar, la calidad de los servicios de salud mental y la disponibilidad de una red de alojamientos protegidos. Y, en tercer lugar, las posibilidades de financiación para la puesta en marcha de unidades de hospitalización de orientación comunitaria. Para algunos investigadores la cuestión no es tanto si la comunidad tiene el potencial para proporcionar un completo abanico de servicios; la cuestión es si, realmente, se poseen los recursos y la voluntad de actuar así (2).

Ningún autor opta, aparentemente, por mantener los inmensos hospitales psiquiátricos de la era victoriana sin transformaciones. Sin embargo, los autores que se inclinan por utilizar los hospitales para atender, al menos, a una parte de los pacientes “difíciles de ubicar”, no detallan qué tipo de institución quieren y qué cambios proponen.

Después de revisar múltiples trabajos nos atrevemos a afirmar que la “institución total”, en buena medida, ha desaparecido en los países objeto de nuestra revisión. Sorprende la enorme variabilidad observada en los procesos de desinstitucionalización, en las redes de servicios alternativos, en los tipos de “residencia hospital”, en la gestión y los contenidos de los programas residenciales, en las ratios de camas en relación con la población, etc. La variabilidad se produce no sólo entre los diferentes países, ni siquiera entre las regiones que componen cada país, sino entre distritos cercanos. Tal y como afirma Shepherd (15) la “institución total” ha sido sustituida por muchas “instituciones”, con muy diferentes tipos de organización, dependencia, gestión, cultura y valores. Esto tiene ventajas e inconvenientes.

De hecho, como ya hemos visto, la reducción del número de camas de los hospitales avanza progresivamente en todos los países occidentales y el hospital psiquiátrico, como tal, ha desaparecido en algunas regiones del sur de Europa. La respuesta a la pregunta que nos hacíamos probablemente es afirmativa: sí, se puede atender a todos los enfermos mentales sin el concurso del hospital psiquiátrico, si se dispone de los plazos necesarios y de los recursos precisos. Pero nunca se debe cerrar un hospital, si no se cuenta con alternativas razonables para sustituir las funciones que venía desarrollando el manicomio, por un abanico de

estructuras comunitarias que contemple, especialmente, las necesidades de los pacientes más graves.

La estimación de las necesidades no es tarea fácil. Sabemos que la drástica reducción de camas en los hospitales psiquiátricos se ha visto compensada, sólo parcialmente, por la creación de plazas residenciales o plazas de hospitalización de nuevo cuño. Parece un planteamiento erróneo pretender sustituir las plazas una a una, si contemplamos los cambios profundos en el abordaje de los trastornos mentales graves y en la organización de los servicios de salud mental. No obstante, las diferencias entre las camas contabilizadas antes del inicio de los procesos de desinstitucionalización y las camas actuales son enormes. Además, diferentes estudios han constatado el déficit de camas de larga estancia destinadas a los nuevos pacientes (6), especialmente en alojamientos de alta supervisión (hospitalarios y no hospitalarios). La escasez de plazas provoca graves disfunciones del sistema. Según un trabajo de investigación británico (6), un 61 % de los pacientes hospitalizados (“nuevos pacientes de larga estancia”) deberían pasar a un emplazamiento no hospitalario, en su mayor parte, a alternativas residenciales comunitarias. Muchos de esos pacientes ocupan innecesariamente plazas en unidades de agudos y en unidades de larga estancia (52). Un informe del *Royal College of Psychiatrists* (53) recomienda una dotación de 90 camas (tanto de hospitalización como residenciales) de larga estancia por 100.000 habitantes (recordamos que, actualmente, el número de camas en el R. Unido se sitúa en torno a las 60).

En España, la situación no parece muy diferente, con una salvedad: el número global de plazas de larga estancia queda muy aleja-

do del británico y, más aún, de las recomendaciones de organismos como el *Royal College of Psychiatrists*. Si bien es cierto que históricamente España ha mantenido un número de camas muy por debajo de los países del norte de Europa (54). Diferentes autores sostienen que las deficiencias más significativas de la reforma psiquiátrica española se registran en el desarrollo de dispositivos comunitarios intermedios y en los programas de rehabilitación y realojamiento de los pacientes (18,55). En Andalucía, por ejemplo, se ha pasado de 43 camas de larga estancia por 100.000 habitantes, según el censo realizado en 1985 (54), a 10,3 camas en la actualidad. De ellas, 7,6 corresponden a recursos residenciales (56) y 2,7 a camas de hospitalización prolongada (comunicación personal). A pesar de que aproximadamente un 50 % de las camas existentes en 1985 se encontraban ocupadas por ancianos y personas con déficits intelectuales, la reducción es muy significativa.

Las características locales (demografía, desarrollo económico, bolsas de marginalidad, desempleo, calidad de los servicios de atención primaria, etc.) juegan un papel determinante respecto a las necesidades de alojamiento y hospitalización de los “nuevos pacientes de larga estancia”. A menudo, unas alternativas pueden sustituir a otras. Las estructuras residenciales de alta supervisión, pueden sustituir a las camas de hospitalización prolongada.

Los planes de apoyo flexible a los pacientes en sus propios domicilios, pueden sustituir a los pisos supervisados, etc. Las necesidades no se pueden separar del funcionamiento global y de las dinámicas particulares del sistema que conforman los servicios de salud mental. Por todo ello, la planificación de los servicios debe contemplar, además de recomendaciones generales

en cuanto a la dotación de plazas, las peculiaridades locales, los recursos existentes en cada territorio y las necesidades no cubiertas en dicho territorio (15).

La “residencia-hospital” y la comunidad terapéutica, las dos opciones para la hospitalización prolongada desarrolladas con mayor detalle en nuestro trabajo, se presentan como alternativas congruentes con el modelo comunitario, alternativas que pretenden integrar en mayor o menor medida características propias de las unidades de hospitalización y características propias de los alojamientos comunitarios. Ambos dispositivos se asemejan en el intento de crear entornos domésticos de dimensiones reducidas y en los enfoques conceptuales y metodológicos. Difieren en aspectos como la composición del equipo (mayor presencia de técnicos y facultativos en la CT), la existencia de un programa de hospitalización parcial en la CT y la imposibilidad de derivar al paciente que no se adapta a la CT a otros servicios de larga estancia, en contraposición con lo que ocurre en la “residencia-hospital”.

Los resultados de los estudios realizados confirman que la “residencia-hospital” no es la panacea, pero es una alternativa sólida para el tratamiento de la mayor parte de los pacientes “difíciles de ubicar”. Se trata de una solución cara y compleja, que no asegura el éxito con el cien por cien de los pacientes. Shepherd (10) y Leff (5), se muestran firmes partidarios de la “residencia-hospital” para los pacientes “difíciles de ubicar”, pero afirman que una parte de ese grupo no se adapta al dispositivo y debe pasar a una unidad de seguridad. ¿Qué tipo de unidad? ¿Para cuántos pacientes? ¿Con qué régimen? Tal vez parte de los fracasos se soslayaran si, como proponen diferentes investigadores (22,23), en cada territorio se

crearan varias “residencias-hospitales” con diferente grado de estructuración y restricción, contacto social e intensidad de las intervenciones, para adaptarse a las necesidades heterogéneas de los pacientes de difícil manejo en la comunidad. No compartimos la actitud relativista de algunos autores, recogida en este mismo trabajo, respecto a la existencia de tratamientos excelentes y deficientes tanto en contextos tradicionales como en contextos comunitarios. Por supuesto que se observan dispositivos con un funcionamiento lamentable en contextos comunitarios. Por supuesto que el hecho de que un servicio se denomine “residencia-hospital” o CT no asegura que en ese lugar se presten cuidados de calidad. Sin embargo, a estas alturas, con la experiencia y la investigación acumuladas, entendemos que resulta posible y necesario señalar qué contextos favorecen la recuperación y la satisfacción del individuo y cuáles lo obstaculizan. Las nuevas unidades para hospitalizaciones prolongadas son muy vulnerables. Mantener su enfoque conceptual y metodológico requiere un esfuerzo permanente y prolongado. Estos dispositivos necesitan plantillas bien dotadas, profesionales seleccionados y formados, y equipos cohesionados.

Respecto a las CT, la falta de investigaciones y publicaciones, junto a la juventud de estas unidades, dificulta la valoración de su funcionamiento, de los resultados que se obtienen y de sus costos. En cualquier caso, sí caben algunos comentarios generales acerca del funcionamiento de las CT en estos años.

Es un hecho que las CT, junto a los recursos residenciales creados, han sustituido a los hospitales psiquiátricos en la atención a los pacientes más graves y que, en términos generales, proporcionan tratamientos

individualizados, activos y más respetuosos con el individuo. Las CT facilitan a los pacientes, en comparación con las instituciones tradicionales, un mayor grado de contacto e integración con el entorno y propician la vuelta del sujeto a su medio familiar o a un alojamiento protegido, tras ingresos limitados en el tiempo.

El Servicio Andaluz de Salud ha realizado un esfuerzo económico considerable para la creación de unidades de larga estancia dotadas de una elevada ratio de personal (sin olvidar las diferencias de dotación, en algunos casos muy acusadas, entre los diferentes servicios), necesidad ésta de difícil aceptación, habitualmente, por parte de la administración sanitaria. Sin embargo, las plazas se han creado tras una tardanza considerable y resultan, a todas luces, insuficientes.

Algunos hechos, que esbozamos brevemente a continuación, agravan la escasa dotación de plazas de hospitalización y cuestionan la rentabilidad de un dispositivo de estas características. Las CT deben responder a las necesidades que plantean todos los pacientes de “difícil ubicación”, no existe otro recurso sanitario más estructurado. Tampoco se han creado estructuras residenciales de alta supervisión para atender a pacientes gravemente discapacitados que precisan ingresos, a veces, involuntarios y de carácter indefinido. Por otro lado, la ratio de plazas residenciales de supervisión media (casahogar) también es claramente insuficiente. Todo ello provoca el estancamiento de numerosos pacientes en las CT, la prolongación innecesaria de ingresos costosos, debido al déficit de plazas residenciales y dificulta el acceso a la CT de pacientes severamente afectados atendidos por sus familias. Sin duda, los fenómenos descritos

Tabla I

**Camas para hospitalización psiquiátrica
y plazas residenciales en el estudio de Lelliott y Wing* (6).
Tasa de camas por 100.000 habitantes.**

<i>Dispositivo</i>	<i>Nº de camas por 100.000 habitantes</i>	<i>Rango</i>
Camas de hospital		
Agudos	28,0	12,5 - 69,9
Cuidados intensivos	3,1	0 - 25,2
Rehabilitación	9,3	0 - 33,7
Cuidados continuos	17,6	0 - 285,9
“Residencia-hospital”	3,7	0 - 30,5
Otros	1,4	0 - 20,5
Total	63,1	22,1 - 324,8
Plazas residenciales		
Alojamiento con apoyo	7,0	0 - 52,2
Ubicación familiar	1,8	0 - 33,6
Pisos no supervisados	3,8	0 - 23,0
Pisos supervisados	6,1	0 - 36,3
Residencia de baja supervisión ¹	4,3	0 - 31,9
Residencia de baja supervisión ²	9,2	0 - 55,6
Residencia de alta supervisión ²	8,0	0 - 48,1
Otros	3,3	0 - 113,9
Total	43,5	2,4 - 137,7
Total conjunto	106,6	34,0 - 374,0

*Los datos corresponden a los servicios del R. Unido para pacientes entre los 18-64 años que participaron en el estudio: 57 servicios de hospitalización y 54 servicios residenciales.

¹Sin personal por la noche

²Con personal que duerme en el alojamiento

Cuadro I

Lecciones del proceso de desinstitucionalización según Lamb y Bachrach (1)

- La desinstitucionalización supone mucho más que el simple cambio del lugar desde el que se prestan los cuidados.
- La planificación de los servicios debe ir dirigida a satisfacer las necesidades de cada individuo.
- Los cuidados hospitalarios tienen que estar disponibles para aquellas personas que los precisen.
- Los pacientes y sus familias deben estar implicados en la planificación de sus tratamientos.
- Los programas de salud mental deben adaptarse a las características culturales locales.
- Las redes de servicios deben ser flexibles y no estar constreñidas por ideologías preconcebidas.
- Debemos lograr la continuidad de cuidados en la comunidad. Es crucial que las personas con enfermedades mentales severas puedan recibir servicios durante períodos de tiempo prolongados y, preferentemente, de los mismos dispositivos y los mismos clínicos.

Tabla II

Características de diferentes tipos de “residencia-hospital”

Dispositivo	Ratio personal/ paciente	Nº plazas	Emplazamiento	Período de seguimiento	% Traslados a hospital
Thrale Road (27)	0.8:1	10	Zona residencial	14 meses	10 %
Douglas House (29)	1.1:1	9	Cercana a un H General	96 meses	25 %
Cambridge casa A (10)	1.25:1	8	Recinto H Psiq reformado	-	25 % - 33%
Cambridge casa B (10)	1.25:1	12	Cercana a un H. Psiq.	-	25 % - 33%
TAPS casa A (13)	1.7:1	20	Zona residencial	12 meses	0 %
TAPS casa B (13)	1.7:1	28	Recinto H Psiq reformado	12 meses	7 %
TAPS casa C (13)	1.3:1	12	Recinto H General	12 meses	0 %

y las valoraciones realizadas respecto a las CT, deben ser estudiados con mayor profundidad en el marco de investigaciones rigurosas que permitan acreditar y cuantificar lo aquí apuntado.

A modo de epílogo deseamos reproducir algunas palabras de Shepherd (15):

“El alojamiento (referido a la hospitalización prolongada y a las estructuras residenciales) debería situarse en el centro de la psiquiatría comunitaria. Pero, para alcanzar avances significativos en el desarrollo de programas de alojamiento, necesitamos adoptar un complejo enfoque multidimensional: empezando por la experiencia de los residentes, necesitamos, además, considerar cuestiones como las habilidades del personal y las interacciones personal-paciente, para pasar a examinar la micro y macro organización y aspectos relacionados con la gestión. Se trata de un área compleja donde no hay soluciones simples. También es un ámbito donde tanto las dinámicas del sistema de servicios, como el impacto (y liderazgo) de individuos clave en todos los niveles, revisten, a menudo, una importancia crucial. En el corazón de estos servicios se encuentran interacciones entre individuos. Entender estas interacciones y saber cómo maximizar y mantener sus beneficios potenciales a lo largo del tiempo constituyen nuestros más grandes desafíos.”

BIBLIOGRAFÍA

1. **Lamb R. L., Bachrach L. L.** Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1039-1045.
2. **Bachrach L. L.** The State of the State Mental Hospital in 1996. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (10): 1071-1078.
Wing JK. The Functions of Asylum. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 822-827.
3. **Fisher W. H., Barreira J., Geller J. L., White A. W., Lincoln A. K., Sudders M.** Long-Stay Patients in State Psychiatric Hospitals at the End of the 20th Century. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (8): 1051-1056.
4. **Leff J.** The future of community care. En: J Leff, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley & Son Ltd.; 1997; 203-210.
5. **Lelliott P., Wing J. A.** National Audit of New Long-Stay Psychiatric Patients II: Impact on Services. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 170-178.
6. **O'Driscoll C., Marshall J., Reed J.** Chronically Ill Patients in a district General Hospital Unit; A survey and two years follow-up in an inner-London health district. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 694-702.
7. **Bigelow D. A., Cutler D. J., Moore L. J., McComb P., Leung P.** Characteristics of State Hospital Patients Who Are Hard to Place. *Hosp Community Psychiatry* 1988, 39: 181-185.
8. **Gudeman J. E., Shore M. F.** Beyond Deinstitutionalization – a new class of facilities for the mentally-ill. *New England Journal of Medicine* 1984; 311: 832-836
9. **Shepherd G.** The “Ward-in-a-House”: Residential Care for the Severely Disabled. *Community Mental Health Journal* 1995; 31: 53-69.
10. **Fernández Liria A.** Cronicidad en la psiquiatría de finales del siglo XX. En: Rebolledo S, ed. *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1997; 14-28.
11. **Trieman N., Leff J.** Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24. *Psychol Med* 1996; 26: 765-774.
12. **Trieman N., Leff J.** The TAPS Project. 36: The Most Difficult to Place Long-Stay Psychiatric In-patients. Outcome One Year After Relocation. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 289-292.

13. **Trieman N.** Patients who are too difficult to manage in the community. En: Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley & Son Ltd.; 1997; 175-187.
14. **Shepherd G, Murray A.** Issues in Residential Care. En: G Thornicroft, G Szmukler, eds. *Textbook of community psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 2001.
15. **Lelliott P., Audini B., Knapp M., Chisholm D.** The Mental Health Residential Care Study: Classification of Facilities and Description of Residents. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 139-147.
16. **Montejo J., Espino A.** Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L, eds. *La psiquiatría en la España de fin de siglo.* Madrid: Díaz de Santos; 1998; 364-387.
17. **García J., Vázquez-Barquero J. L.** Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27 (5): 281-291.
18. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta Nacional de Salud Mental. Informe Evolutivo. Período 1991-1994. Madrid; 1996.
19. **Aparicio V.** El declinar de una reforma devaluada. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; 19 (72): 687-692.
20. **Wing J. F.** Planning and evaluating services for chronically handicapped psychiatric patients in the United Kingdom. En: Stein L, Test MA, eds. *Alternatives to Mental Hospital Treatment.* New York: Plenum; 1975.
21. **Wing J. F., Furlong R.** A Haven for the Severely Disabled Within the Context of a Comprehensive Psychiatric Community Service. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 449-457.
22. **Leff J., Trieman N.** Providing a comprehensive community psychiatric service. En: Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley & Son Ltd.; 1997; 189-201.
23. **Lamb H. R.** The New State Mental Hospitals in the Community. *Psychiatr Serv* 1997; 48 (10): 1307-1310.
24. **Wing J. F.** Problems of a developing psychiatric service. En: Cawley R, Mc Lachlan G, eds. *Policy for Action.* London: Oxford University Press; 1973.
25. **Bennett D.** The chronic psychiatric patient today. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1980; 73: 301-303.
26. **Allen H., Baigent B., Kent A., Bolton J.** Rehabilitation and staffing levels in a "new look" hospital-hostel. *Psychol Med* 1993; 23: 203-211.
27. **Trieman N., Hughes J., Leff J.** The TAPS Project 42: the last to leave hospital – a profile of residual long-stay populations and plans for their resettlement. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 354-359.
28. **Creighton F. J., Hyde C. E., Farragher B.** Douglash House: Seven Years' Experience of a Community Hostel Ward. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 500-504.
29. **Shepherd G.** Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz JA, Vázquez C, eds. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.* Madrid: Siglo XXI editores; 1996; 1-22.
30. **Beecham J., Hallam A., Knapp M., Baines B., Fenyo A., Asbury M.** Costing care in hospital and in the community. En: Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley & Son Ltd.; 1997; 93-108.
31. **Asociación Española de Neuropsiquiatría.** Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid; 2000.
32. **Desviat M.** La Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones Dor; 1994.
33. **Asociación Española de Neuropsiquiatría.** Grupo de Trabajo de Rehabilitación Psicosocial. Recursos Públicos de Salud Mental de Asturias; 2001.
34. **De las Heras B., Ortigosa J. C., García J., Alonso J., López G., Cebrían E.** Las comunidades terapéuticas como espacios de vida para potenciar: los programas de rehabilitación psicosocial. En: García J., de las Heras B, Peñuelas E, eds. *Rehabilitación Psicosocial: conceptos y estrategias.* Oviedo: KRK Ediciones; 1997; 33-47.
35. **Consejería de Salud. Junta de Andalucía.** Decreto 338/ 1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental.
36. **Grupo de Trabajo de Comunidades Terapéuticas y Hospitales de Día.** Programa Andaluz de Salud Mental. Documento Básico sobre Comunidades Terapéuticas (borrador); 2000.

37. **León Maqueda A.** Comunidad Terapéutica. Organización Terapéutica. Sistemática, Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos 1999; 6-7: 157-169.
38. **Saldivia S.** Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis Doctoral. Universidad de Granada; 2000.
39. **Altozano B., Fernández E.** Aproximación a la Psiquiatría Comunitaria: una perspectiva desde Andalucía. Almería: Lilly Psiquiatría; 1999.
40. **García Badaracco J. E.** Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Buenos Aires: Tecnipublicaciones; 1990.
41. **Del Olmo F., Ibáñez V.** Hospitalización parcial: conceptos y tendencias asistenciales actuales. Arch Neurobiol 1998; 61 (1): 9-29.
42. **Rodríguez A.,** ed. Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997.
43. **Maestro Barón J. C.** Memoria funcional para la convocatoria de la plaza de Coordinador de la Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; 2000.
44. **Área Norte de Salud Mental de Granada.** Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Proyecto para la Creación de la Comunidad Terapéutica; 1999.
45. **Davies S., Presilla B., Strathdee G., Thornicroft G.** Community beds: the future for mental health care? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29: 241-243.
46. **Shepherd G., Muijen M., Dean R., Cooney M.** Residential Care in Hospital and in the Community – Quality of Care and Quality of Life. Br J Psychiatry 1996; 168: 448-456.
47. **Leff J.,** ed. Care in the Community: Illusion or Reality? Chichester: John Wiley & Son Ltd.; 1997.
48. **Maestro J. C., Torres F., Laviana M., Moreno B., Trieman N., Rickard C.** Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitucionalizados en Granada y Sevilla. An Psiquiatría 2001; 17 (4): 143-152.
49. **Rickard C., Trieman N., Torres-González F., Laviana M., Maestro J. C., Moreno-Küstner B., Comas-Herrera A., Emmett C.** Residential care for mentally ill people in Andalusia and London. Journal of Mental Health. En prensa 2001.
50. **Boardman A., Hodgson R.** Community in-patient units and halfway hospitals. Advances in Psychiatric Treatment 2000; 6: 120-127
51. **Shepherd G., Beadsmoore A., Moore C., Hardy P., Muijen M.** Relation between use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one day census data, and staff interviews. Br Med J 1997; 314: 262-266.
52. **Royal College of Psychiatrists.** Mental Health of the Nation: The Contribution of Psychiatry. Council Report CR16. London: Royale College of Psychiatrists; 1992.
53. **Instituto Andaluz de Salud Mental.** La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía: Resultado del censo de 1985. Sevilla: Junta de Andalucía; 1987.
54. **Asociación Madrileña de Salud Mental.** La atención a la salud mental en Madrid, hoy. Rev Asoc Neuropsiq 1999; 19 (70): 337-349.
55. **Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.** Criterios para el desarrollo del Programa Residencial. Documentos de trabajo N° 1. Junta de Andalucía; 2001.

Dirección para correspondencia:

Juan Carlos Maestro Barón
c/ Andrés Segovia 36. 18198 Cájar, Granada.
N.I.F.: 13.743.002 - L
dagovier@correo.cop.es

INFORMES

PROPUESTA PARA UN ACUERDO POR LA SANIDAD PÚBLICA (ESPAÑA)

Documento elaborado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, al que se ha adherido la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Enero 2005).

JUSTIFICACIÓN

Existe un consenso general de que el sistema sanitario de España tiene un elevado nivel de eficiencia, dado que con un nivel de gasto de los más bajos de los países desarrollados es capaz de ofertar una atención de salud universal y de calidad como muestran los informes de la Organización Mundial de la Salud que sitúan a nuestro país en el 5º lugar del mundo, y en el que la mayoría de población muestre su satisfacción con el sistema y contraria a su transformación o privatización.

Sin embargo son cada vez más evidentes algunos problemas y desajustes que están minando la accesibilidad y la calidad global del sistema. Algunos de los más relevantes son el crecimiento irracional de las listas de espera; la variabilidad de muchas decisiones clínicas que no siempre garantizan una mayor calidad de la atención y que pueden suponer excesivos gastos; la masificación, poco tiempo de consulta y limitación en el acceso a recursos tecnológicos de los servicios de atención primaria que impiden su papel de eje del sistema sanitario; el olvido de la promoción de la salud por el sistema, que está excesivamente orientado a curar enfermedades en lugar de prevenirlas; la ausencia de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones con el Sistema Nacional de Salud (SNS); el déficit de recursos para el tratamiento y rehabilitación de enfermos crónicos, discapacitados y terminales; la deficiente cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales para atender a los colectivos más desprotegidos; el deterioro de los servicios de salud pública que explican la aparición de epidemias de enfermedades prevenibles; el aumento de las desigualdades sanitarias entre CCAA; la insuficiencia financiera de la mayoría de ellas para mantener las prestaciones sanitarias, que las obliga a endeudarse por encima de lo razonable; el crecimiento excesivo del gasto de farmacia cuya progresión pone en riesgo la viabilidad económica del sistema a corto plazo; o el crecimiento del malestar y frustración de los profesionales sanitarios descontentos con sus condiciones de trabajo, salarios y posibilidades de promoción profesional.

La mayor parte de estos problemas son la consecuencia del escaso presupuesto de la sanidad pública, por debajo de la media de los países de la UE desarrollados, y de un modelo de financiación que no permite atender necesidades asistenciales de la mayoría de las CCAA; pero también de la ausencia de planes e instrumentos para racionalizar la asignación y ges-

tión de los recursos de acuerdo a criterios basados en la evidencia científicamente comprobada, y del abandono del modelo de salud comunitario definido por la Ley General de Sanidad.

La necesidad de un acuerdo general que promueva la viabilidad del SNS parece que está asumida de manera generalizada. No obstante existe un serio problema que debe tenerse en cuenta. El acuerdo de 2001 ha demostrado sus serias insuficiencias, y lo ha hecho de manera muy importante porque era un acuerdo con un contenido sustancialmente económico, y los problemas de la sanidad en nuestro país no pueden abordarse solo desde la óptica del Ministerio de Hacienda, por muy importante que sea su posición al respecto, sino desde los objetivos de salud que se quieren alcanzar para la población. Es por lo tanto muy importante que cualquier instrumento que se busque para un acuerdo o pacto sobre el futuro del SNS, debe sustentarse sobre criterios de necesidades y objetivos de salud y en el compromiso de los profesionales, ya que sin contar con ellos sería imposible alcanzarlos, y la participación de los ciudadanos con la finalidad de alcanzar un compromiso activo con su propia salud.

Pretendemos hacer una llamada de atención sobre la necesidad de un acuerdo de amplio consenso, político, sanitario, social y profesional, porque el mantenimiento del SNS y su mejora es una tarea de todos los colectivos implicados en hacerlo realidad y no solo de instancias y planteamientos circunscritos al ámbito de la política o de la economía.

ALGUNAS CONDICIONES PREVIAS

De acuerdo con lo anteriormente expresado el pacto debería garantizar y mejorar:

- 1.- El carácter público, universal, equitativo y redistributivo de la financiación del SNS
- 2.- La provisión y gestión pública de los servicios.
- 3.- El acceso equitativo a la atención de salud, sin discriminaciones por motivos de género, condición social o lugar de residencia.
- 4.- La calidad y la eficiencia de la atención.
- 5.- El carácter democrático de la gestión de los recursos mediante la participación social y profesional en las decisiones.

AREAS ESENCIALES DEL ACUERDO

1.- Aumento y racionalización de la financiación del sistema sanitario público

- Es necesario incrementar en un punto de % de PIB el gasto sanitario, hasta equipararnos a la media de los países occidentales de la UE y de la OCDE.
- A la luz de los resultados de los últimos años parece razonable modificar el modelo de financiación autonómico para garantizar la suficiencia financiera de los servicios de salud, el nivel de las actuales prestaciones y de las que progresivamente se vayan incorporando al sis-

tema. Para alcanzar este objetivo es necesario tener en cuenta los incrementos de la población real y las necesidades asistenciales de cada CCAA.

- Hay que garantizar que las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema contemplen su coste y financiación
- Los incrementos de recursos deberían destinarse con carácter prioritario, en la mejora de la Atención Primaria; **mejora de la atención a la Salud Mental, la cual tienen un enorme y creciente impacto sobre colectivos específicos de usuarios tradicionalmente marginados del sistema sanitario (trastornos mentales severos) y sobre la población general, donde la depresión y los cuadros de ansiedad incapacitantes conllevan junto a su enorme costo de sufrimiento personal, una indudable repercusión económica en el mercado laboral;** en el desarrollo de la atención sociosanitaria (enfermos crónicos, cuidados terminales, hospitales de día, asistencia domiciliaria; de los que existe un importante déficit en el sistema sanitario); y en la desarrollo de nuevas tecnologías como la Cirugía Mayor Ambulatoria y otras técnicas que mejoren la calidad y la productividad, reduciendo al mismo tiempo las molestias y los riesgos de los pacientes.
- Definir un paquete de prestaciones sanitarias comunes y obligatorias (cartera de servicios) para todas las CCAA, que evite la aparición de diferencias en la asistencia entre ciudadanos por lugar de residencia, sin óbice para la existencia de particularidades.
- Los Fondos de Cohesión Interterritorial deberían garantizar la solidaridad, la equidad y la racionalidad en la distribución de recursos y tecnologías, entre las diferentes CCAA.

2.- Racionalización y control del gasto farmacéutico

El fracaso de las medidas parciales adoptadas por el Ministerio de Sanidad y los Servicios de Salud de algunas Comunidades Autónomas para controlar el gasto farmacéutico, indican que no es posible controlarlo sin una política global, que actúe sobre el conjunto de los determinantes del mismo como la autorización y financiación por el SNS de nuevos fármacos, la prescripción por los facultativos o las actividades de promoción de la industria farmacéutica. Sólo con un amplio el consenso político, sindical, profesional y ciudadano, será posible adoptar medidas que afectaran a importantes grupos de presión corporativa y empresarial.

* Ministerio de Sanidad:

- Dar participación en las decisiones sobre incorporación de nuevos fármacos a la financiación pública y precios de los mismos a los representantes de los servicios de salud autonómicos, a través del Consejo Interterritorial de Sanidad.
- Establecer criterios de necesidad y de mejora comprobada para incorporar nuevos fármacos a la financiación pública. Se deberían financiar por el SNS aquellos medicamentos que aportan ventajas significativas (eficacia, seguridad, comodidad de cumplimiento y coste).
- Promover la investigación independiente sobre medicamentos con la participación de los profesionales y las sociedades científicas.
- Ofrecer información y formación sobre medicamentos a los profesionales.
- Promover la elaboración por las sociedades científicas de guías de buena práctica clínica y de prescripción.

- Establecer indicadores para evaluar los resultados de los medicamentos sobre la salud de la población
- Crear una Agencia de Compras que pueda negociar globalmente, el precio de los fármacos con la industria

* Servicios de Salud Autonómicos:

- Establecer normas y guías de buena práctica clínica y de prescripción farmacéutica.
- Medidas para ordenar y racionalizar la promoción y marketing de nuevos fármacos por la industria farmacéutica.
- Incentivar entre los profesionales el uso racional y razonado de la prescripción de los medicamentos, impulsando la formación independiente.
- Desarrollar sistemas de información para elaborar indicadores que permitan evaluar la prescripción de calidad y capaces de detectar desviaciones de los criterios óptimos en la indicación de medicamentos.
- Favorecer la participación de los profesionales en la selección de los medicamentos.
- Promocionar los fármacos genéricos y establecer precios de referencia para medicamentos de similar efecto terapéutico.

3.- Potenciar la Atención Primaria

Incrementar la participación de la Atención Primaria en los presupuestos sanitarios, hasta equipararla a la atención del segundo nivel asistencial.

Este aumento de la financiación debería ir asociado a:

- Incrementar las plantillas de profesionales de los equipos para garantizar tiempos adecuados de consulta, y hacer frente a las nuevas responsabilidades asistenciales.
- Facilitar el acceso a tecnologías diagnósticas y terapéuticas, garantizando su uso racional mediante guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.
- Racionalizar el gasto farmacéutico mediante acuerdos con los profesionales para que les comprometan activamente con la mejora de la calidad de la prescripción, el seguimiento de su cumplimiento y la optimización en la utilización de los medicamentos.
- Una mayor responsabilidad de la AP en el tratamiento y control de pacientes y patologías, que hasta ahora eran atendidos en el segundo nivel.
- Impulsar la investigación en AP como medida para adecuar los avances científicos a las condiciones habituales de los ciudadanos

4.- Orientar la atención en salud a las necesidades de los ciudadanos

El sistema sanitario español está excesivamente centrado en un modelo curativo y orientado casi en exclusiva a la incorporación inmediata de los nuevos avances tecnológicos, hayan sido o no evaluados pertinentemente.

Para corregir esta tendencia se propone:

- Orientar el sistema sanitario hacia un modelo en el que exista un equilibrio entre la prevención y la promoción de la salud y las intervenciones curativas.
- Favorecer la participación de los ciudadanos en el diseño y toma de decisiones en salud, para conseguir que se sientan partícipes en el cuidado de su propia salud.
- Impulsar las acciones de naturaleza comunitaria, en las que exista un equilibrio entre la atención a los cuidados orientados al individuo y los dirigidos a la población y a los diferentes colectivos sociales.
- Comprometer y financiar a las entidades locales para que participen de manera activa en la provisión de servicios en salud (especialmente de prevención y promoción de salud) y en la coordinación de los mismos.

5.- Mejorar la gestión sanitaria pública

- **Elaborar y aplicar el *Plan Integrado de Salud***, contando con la participación del Ministerio y CCAA, con la colaboración de profesionales y ciudadanos, que establezca las líneas estratégicas de intervención sanitaria.
- **Garantizar la racionalidad, la seguridad y la calidad** de la asistencia creando un *Instituto Acreditación y Calidad Asistencial (actualmente existe la Agencia de Calidad)*.
- De naturaleza técnico-profesional complementario al Consejo Interterritorial
- Integrado por Ministerio de Sanidad, CCAA, autoridades docentes, organizaciones profesionales, sociedades científicas, sindicatos, ciudadanos.

Destinado a:

- Establecer los criterios generales para acreditar y reacreditar a los profesionales.
 - Establecer los criterios para acreditar centros sanitarios y programas.
 - Evaluación de las nuevas tecnologías antes de su incorporación al sistema sanitario público.
 - Establecer normas y procedimientos para la elaboración de guías clínicas basadas en la evidencia
 - Garantizar que **la contratación y compras** de los centros sanitarios públicos se realicen atendido a criterios de publicidad, libre competencia.
 - Garantizar que **la adjudicación plazas de personal** se realicen atendiendo a criterios de equidad, mérito y capacidad.
 - Incorporar al sistema sanitario público las mutualidades sanitarias.
- Promover una política de personal incentivadora**
- Establecer y desarrollar la **carrera profesional** y el **estatuto de personal** con criterios homogéneos en todas las CCAA para facilitar la incentivación y la movilidad de los profesionales por todo el sistema sanitario.
 - Asegurar que la provisión de plazas se realiza de acuerdo con criterios que eviten la perpe-

tuación de las situaciones de provisionalidad y precariedad laboral, que favorecen la frustración profesional y contribuyen a deteriorar la calidad de la atención que prestan.

- Acabar con la precariedad laboral de los profesionales y de los trabajadores del sistema poniendo fin a la contratación temporal generalizada. Es necesario recuperar los profesionales formados en el sistema (especialmente especialistas en medicina de familia), que han emigrado otros países huyendo de la precariedad laboral.

- Mejorar la salud pública:

- Incrementar los recursos técnicos y de personal de estos servicios.
- Coordinar sus actuaciones con las de los servicios asistenciales en cada área sanitaria.
- Mejorar la formación y el número de los profesionales en Salud Pública.
- Potenciar las actividades inspectoras de estos servicios.

RESEÑAS

FRENIA

Revista de Historia de la Psiquiatría.

En el año 2001 aparecía en nuestro país el primer número de una revista dedicada a la historia de la psiquiatría con el sugestivo título de *Frenia*. La nueva publicación, dirigida Rafael Huertas, se presentaba como un espacio de reflexión no sólo sobre la historia de la psiquiatría, sino también sobre otras disciplinas interesadas en el estudio de los comportamientos humanos. Partiendo desde una perspectiva histórica amplia, crítica y preocupada por plantear problemas que interesaran a la psiquiatría, pero también a la psicología, la sociología, la antropología, etc., *Frenia* pretendía convertirse en un referente de la disciplina, unas expectativas cuya trayectoria durante estos últimos cuatro años parece no haber defraudado.

Su Comité de redacción, con sede en el Departamento de Historia de la Ciencia, del Instituto de Historia del CSIC, está compuesto por psiquiatras clínicos (Antonio Diéguez y Olga Villasante) e historiadores de la ciencia (José Luis Peset, Raquel Álvarez, Ricardo Campos y José Martínez) y cuenta con un Consejo asesor internacional. Con una edición muy cuidada, a la que se añade el atractivo de la personal obra gráfica de Antonio Escudero, la publicación presenta dos fascículos anuales con unas secciones fijas.

La sección “Tendencias”, con un artículo por número, aborda revisiones historiográficas o propuestas metodológicas que analizan distintos enfoques en la investigación desarrollada en historia de la psiquiatría y disciplinas afines, así como su relación con otros campos de conocimiento. La sección “Estudios” incluye trabajos de investigación original desde diversas perspectivas (historia social, conceptual, institucional, etc.). En la sección denominada “Textos y Contextos” se reproduce un texto psiquiátrico (no necesariamente un clásico) importante, interesante o curioso, precedido de una introducción realizada por un especialista. Finalmente, una sección de “Reseñas” da cuenta de las novedades bibliográficas que puedan ser de interés para los lectores de la revista. En ocasiones se recurre al ensayo-reseña para destacar y analizar en profundidad alguna obra de especial interés. Puntualmente, bajo el epígrafe de “Colaboración especial” se publican artículos que, pese a su gran interés, no encajan en las secciones descritas a causa de su temática o sus características.

Uno de los aspectos más interesantes de la publicación es su carácter abierto, no sólo con relación a tendencias y enfoques, sino también a la procedencia de los autores que colaboran en la misma. Buen ejemplo de ello es el último número aparecido (volumen IV-fascículo 1, 2004) donde además de las colaboraciones de varios autores españoles, dos investigadores latinoamericanos firman sendos artículos. El mexicano Roger Bartra analiza, en “Doce historias de melancolía en la Nueva España”, el modo en que la melancolía se inserta en la modernidad y cómo las manifestaciones de la enfermedad mental expresan, a su manera, los

grandes rasgos de la evolución cultural y política de México; y el brasileño Luis Ferla reflexiona sobre la influencia de Marañón en la medicina legal brasileña y, en especial, en la construcción de una perspectiva científica de la homosexualidad en el trabajo titulado “Gregorio Marañón y la apropiación de la homosexualidad por la medicina mental brasileña”.

Entre los autores españoles, Raquel Álvarez estudia el peso de la biología en las aproximaciones hechas, desde la psiquiatría, a la etiología y a la terapéutica de las alteraciones mentales en “Una mirada a «lo biológico» en la psiquiatría española”. El activo grupo valenciano de historiadores de la psiquiatría está representado en este número por Javier Plumed y Antonio Rey, autores de un estudio sobre casos clínicos procedentes del manicomio Nueva Belén y publicados en la *Revista Frenopática Barcelonesa*, titulado “Las historias clínicas del manicomio Nueva Belén”. El “Texto” elegido en esta ocasión ha sido “Asistencia psiquiátrica. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales” (1923), del psiquiatra catalán Oscar Torras, convenientemente introducido por Ricardo Campos. Finalmente, Olga Villasante realiza un interesante ensayo-reseña sobre el informe de Aubrey Lewis, enviado de la Fundación Rockefeller a Europa en los años treinta, recientemente publicado en un suplemento de *Medical History*.

Frenia ha venido a cubrir un vacío existente en el ámbito de la historia de la psiquiatría. No sólo es la primera publicación de este tipo en nuestro país sino también en todo el ámbito de habla castellana. Cualquiera que se acerque a ella encontrará, tal es el deseo de su director, «un vehículo apropiado para “pensar” la psiquiatría a través de su historia y propiciar la reflexión y el debate sobre su pasado y su presente de la forma más crítica, creativa y comprometida posible».

Mercedes del Cura
Prof. Historia de la Medicina (Albacete)

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA.

Antonio Espino y Begoña Olabarria (Coordinadores)
AEN/ESTUDIOS 29. Madrid. 2003.

La formación de los profesionales de la Salud Mental (médicos psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros especialistas en Salud Mental) ha ido experimentando en los últimos lustros un cierto grado de reconceptualización y reestructuración con la creación de Especialidades, con el establecimiento de Programas de Especialidad, con la definición de los requisitos de Acreditación, etc...

El XXII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Oviedo, en el 2003, fue un buen foro para debatir y reflexionar sobre el pasado, el presente y el futuro de la Formación en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental desde el conocimiento y análisis de lo existente y para generar nuevos caminos u opciones en la

Ponencia “La Formación de los Profesionales de Salud Mental en España” que se presentó en dicho Congreso y que se hizo volumen en la obra que reseñamos. Este texto se conforma como una obra colectiva, está estructurada en cuatro partes, con varios capítulos en cada apartado, cada uno de los cuales dispone de su bibliografía específica.

La primera parte “Los Estudios Universitarios sobre la Salud Mental: Contenidos, Problemas y Alternativas” consta de tres capítulos. El capítulo dedicado a la enseñanza de Pregrado o Universitaria de la Psiquiatría en la Licenciatura de Medicina lo realiza Manuel Gómez Beneyto, el capítulo sobre la formación en Psicología Clínica en la Licenciatura de Psicología lo aborda Amparo Belloch y Joana Fornés se encarga de la formación en Salud Mental en la Diplomatura de Enfermería. En cada uno de estos capítulos se analiza la evolución de los diferentes estudios universitarios en España

Los autores coinciden en apuntar la escasa relevancia que las asignaturas relacionadas con la salud mental tienen en el Programa de Pregrado. Los dos capítulos referidos a la enseñanza en Medicina y en Psicología, convergen en subrayar la falta de interdisciplinariedad, ya que no es frecuente que psiquiatras enseñen en las Facultades de Psicología, ni que psicólogos lo hagan en las Facultades de Medicina. Y todos ellos señalan las deficiencias en la formación práctica. Por último, cada autor presenta sus propias sugerencias para una mejor enseñanza de la Salud Mental en el Pregrado.

La segunda parte “La Formación de Especialidades en Salud Mental. Evolución, Apuesta Actual” está formada por cinco capítulos.

Los tres primeros capítulos iniciales de este apartado hacen referencia a las distintas Especialidades. En ellos Antonio Espino, Begoña Olabarria y Fernando Paredes coinciden en señalar la necesidad de incrementar en un año la formación reglada de las Especialidades en Salud Mental.

En el capítulo primero dedicado a la formación de la Especialidad en Psiquiatría se hace un breve repaso a la evolución de la formación en psiquiatría y se describen los acontecimientos claves de los estudios universitarios y de la especialidad.

El capítulo segundo traza una revisión del proceso de institucionalización de la Especialidad de Psicología Clínica, con la creación de la titulación universitaria de Psicología, y se describe el marco normativo actual y la configuración de la formación. Se manifiesta la carencia de un sistema reglado y oficialmente establecido para la formación continuada, también reflexiona sobre el contexto de la formación de especialistas sanitarios y la formación en Psicología Clínica, y sobre la necesidad de integrar esta especialidad en nuevos ámbitos de la red sanitaria.

La formación de Especialistas de Enfermería en Salud Mental se aborda en el tercer capítulo y se describe el programa práctico y teórico de la especialidad.

En el cuarto capítulo José García señala que en salud mental desde la óptica de la Atención Comunitaria se hace necesaria la cooperación y coordinación entre los profesionales de salud mental y los de otros sistemas como el educativo y el de servicios sociales.

En el último capítulo Antonio Espino desde una perspectiva que intenta ser objetiva refleja el contexto donde se relaciona la cronología de la transición política a la democracia con la formación en Psiquiatría y con las normativas legales de la formación de Postgrado.

La tercera parte “Áreas de Formación Específica, Instrumentos y Técnicas de Intervención en Salud Mental” está compuesta por siete capítulos, la mayoría de los cuales profundizan en Áreas de Especial Interés de la formación especializada sobre las que existen propuestas en marcha.

En el primer capítulo Marcelino López, Ladislao Lara y Margarita Laviana exponen su propia visión sobre la Atención Comunitaria en Salud Mental, que entienden como un enfoque teórico, organizativo y funcional; alternativo a otros modelos como los basados en Hospitales Psiquiátricos. También estudian la formación de los diferentes profesionales de la Atención Comunitaria.

En el capítulo segundo Cosuelo Escudero y Enrique Serrano ponen de relieve la formación de especialistas de salud mental de niños y adolescentes, formación que se considera muy insuficiente en los programas MIR y PIR. Así mismo, revisan la situación de las Especialidades en Europa y los planteamientos de la Unión Europea de Médicos.

Ángel Moriñigo, en el tercer capítulo, analiza la situación de la Especialización en Geriátrica dentro del MIR de Psiquiatría.

En el cuarto capítulo Alberto Fernández-Liria y Beatriz Rodríguez tratan los aspectos esenciales para la formación en Psicoterapia, centrándose en la propuesta del Área de Capacitación Específica en Psicoterapia en la que están trabajando tanto la Comisión Nacional de Psiquiatría como la Comisión Nacional de Psicología Clínica.

Nicolás Caparrós, en el capítulo quinto, propone desde una perspectiva psicoanalítica, concretamente desde el modelo analítica-vincular, un plan de formación teórico.

En el sexto capítulo Fernando Mansilla se centra en la formación en drogodependencias y abuso de sustancias. Se comenta la escasa formación de la misma en el Pregrado y en el Postgrado y se proponen criterios, objetivos, contenidos y metodología para la formación en drogodependencias, y se sugiere la necesidad de disponer de un sistema de formación reglada y continuada dentro del sistema de salud. Cierra esta tercera parte el capítulo en el que José Otero configura la formación en Psicofarmacología de los profesionales de la salud mental y en él se sugiere un guión se debería tener en cuenta en cualquier curso de formación en Psicofarmacología.

El último apartado temático sobre “Formación Continuada, Ejercicio Profesional y Perspectivas Complementarias” lo componen seis capítulos que abarcan diferentes dimensiones de la formación no reglada en salud mental.

En el primer capítulo Victor Pedreira y M^a Victoria Rodríguez describen cómo influye y qué repercusiones tiene la industria farmacológica sobre la formación continuada de los médicos españoles y sobre la dirección de la investigación, así como las consecuencias de esta realidad sobre el quehacer médico y el creciente gasto farmacológico.

En el segundo capítulo José Leal explica la supervisión de equipos, tanto clínica como institucional, en el ámbito de la formación continuada en salud mental.

Enric Sentís y Josep Ramos, en el capítulo tercero, analizan al profesional de la salud mental no sólo como un técnico o experto, sino como un regulador del propio sistema que necesita adquirir conocimientos de gestión clínica en su formación de especialista.

En el cuarto capítulo Pedro Pérez expone la importancia de cuidar los aspectos emocionales de la relación médico-paciente. Así como la necesidad de formar subequipos interdisciplinares.

En el quinto capítulo Alejandro Ávila describe la evolución, durante la última década, de los esfuerzos y dificultades desarrolladas para llegar a un consenso sobre la formación y reconocimiento de la psicoterapia en el marco europeo.

Y en el último capítulo del libro Laura Hernangómez y Violeta Suárez presentan un resumen de los datos extraídos de una encuesta, realizadas a PIR y psicólogos clínicos vía PIR, sobre el desarrollo de la formación recibida durante su residencia.

Este volumen es un exponente de la visión actualizada de la Formación de los Profesionales de la Salud Mental, se convierte en un texto esencialmente útil, donde se analizan la evolución de los problemas de la formación en salud mental, la situación actual y las perspectivas, aportando posiciones para el futuro, porque abre las puertas y ventanas de la historia de la Salud Mental en España, a pesar de que como se señala en las páginas de Presentación que los trabajos que han quedado integrados en el libro son muy diversos en sus enfoques, en su amplitud y en su nivel de elaboración. Todas estas páginas revelan un dinámico compromiso con los discursos de los profesionales de la Salud Mental, porque como ha dicho J. Wagensberg la verdad científica es la única que tiene una vigencia limitada

*Fernando Mansilla Izquierdo
Psicologo Clínico (Madrid)*

PÉRDIDA, PENA, DUELO. Vivencias, investigación y asistencia.

*Jorge L. Tizon
Coeditan Paidós y Fundación Vidal y Barraquer.
Barcelona 2004.*

¿Por qué sufrimos tanto cuando perdemos a un padre, una madre, un hermano, una pareja, una aspiración o un ideal? Con este interrogante el autor nos introduce en su libro y lo ofrece como instrumento de reflexión entorno a la vivencia de pérdida que, unos más y otros menos, todos experimentamos a lo largo de la vida. El subtítulo del libro: vivencias, investigación y asistencia, nos indica el lugar desde el cual el autor desarrolla esta reflexión.

A través de los diferentes capítulos describe como el duelo es un fenómeno universal que se encuentra en múltiples experiencias vividas. En primer lugar se plantea su significado y su reflejo en la literatura y en las diferentes culturas. Sus manifestaciones, incluyendo una visión antropológica, nos acercan a las tareas que se realizan para afrontar la elaboración del duelo. Para ello señala y comenta ampliamente las variables que afectan a este proceso, iniciando su estudio en la infancia y en la familia, y teniendo en cuenta las principales transiciones que el ser humano realiza en la vida. A continuación se centra en la psicopatología con una amplia descripción de los criterios diagnósticos usados habitualmente. Diferencia y propone la atención al duelo pensada desde una perspectiva no profesionalizada y otra profesional. Para esta última define unas guías clínicas. Por último describe las diferentes formas que se utilizan socialmente para abordar la muerte y, además, efectúa un recorrido interesante por las situaciones personales específicas que nos enfrentan con pérdidas particularizadas: pérdida de un puesto de trabajo, separaciones de pareja, marcha de los hijos, infertilidad.....

Siempre se mantiene su doble interés por, en primer lugar, reflexionar a partir de la persona individual y, por tanto, con el objetivo de mejorar su asistencia. Y, en segundo lugar, aumentar la sensibilidad social hacia los procesos de duelo. Esta propuesta de recorrido, de ida y vuelta, entre lo individual y lo colectivo se convierte en un instrumento facilitador de la conciencia grupal de la persona y su compromiso social. Se trata de evitar la individualidad omnipotente y maníaca e insolidaria que puede tener su reflejo en los profesionales de la salud, y de la salud mental, cuando no son capaces de situarse como asistentes y/o personas que ayudan.

Es interesante como el autor, experto psicoanalista y con amplia experiencia en la clínica y en la docencia, no se limita a las formulaciones teóricas de esta disciplina sino que amplía sus aportaciones con los conceptos y abordajes provenientes de diferentes corrientes teóricas que aportan formas de reflexión y asistencia a los duelos.

Por su amplitud y contenidos este libro tiene carácter de manual. Para su utilización como tal son útiles las tablas que resumen los conceptos expuestos y facilitan la búsqueda rápida de los mismos. La habitual utilización de viñetas clínicas es un importante instrumento de comprensión que nos acerca a la práctica clínica y a las formas de presentación y abordaje de los duelos. En cada capítulo realiza una recapitulación, búsqueda y resumen de la bibliografía existente sobre las diferentes características de estos temas.

Pero, ante todo, desde el prólogo y la introducción hasta el epílogo, el libro es una continua invitación a la reflexión sobre la naturaleza humana y social del individuo. Así lo refleja la asidua utilización de citas poéticas donde se expresan los sentimientos y emociones entorno a las vivencias de la pérdida y la pena. Su lectura requiere tiempo, no sólo por la amplitud del libro, sino también para dejarnos llevar por las sensaciones y emociones que nos sugieren sus capítulos a medida que se elaboran los diferentes ingredientes que nos propone el autor en este tránsito entre la vida y la muerte, entre lo individual y lo colectivo.

Jordi Artigue Gómez
Psicólogo (Barcelona)

REUNIONES CIENTIFICAS

- **Avances en Psiquiatria**

X Symposium Internacional
15-16 febrero 2005
Madrid

- **Estados Limite**

9º Curso de Psiquiatria y Salud Mental (Escuela de Salud Mental-AEN)
17-18 Febrero 2005
Oviedo
aenasturias@hotmail.com

“Curso clásico y de prestigio con un plantel excelente de ponentes ; Nicolas Caparros,Alberto Lasa,Guillermo Rendueles,Vicente Rubio,Valentin Rodriguez Melon,Soledad Santiago Lopez y Natalia Castan”.

- **Psiquiatria Europea: la relación entre los factores sociales y biológicos.**

13º Congreso-Asociación Europea de Psiquiatria
2-6 Abril 2005
Munich (Alemania)
www.aep-munich.de

- **Medicina Psicomatica**

50 Aniversario SEMP
6-8 Abril 2005
Barcelona
www.lubeck99.com

- **Psicopatología de la inmigración**

Fundación Jimenez Diaz
15-16 Abril 2005
Madrid
www.confluenciasenpsiquiatria.com

- **Propuestas innovadoras en rehabilitación psiquiátrica**

Congreso Internacional
12-13 Mayo 2005
Geel (Belgica)

- **Salud Mental ,Violencia y Sociedad**

XX Jornadas Nacionales AEN
Asociación Española de Neuropsiquiatria
26-28 Mayo 2005
Zaragoza
aen@pulso.com

“Reunión anual de los profesionales de Salud Mental de España.Una reunión siempre sugerente e innovadora”.

- **Debates en psiquiatría**

3-4 Junio 2005

Oviedo

Congresos@viajeshalley.es

- **Calidad e investigación de resultados en psiquiatría**

Asociación Mundial de Psiquiatría

17-20 Junio 2005

Valencia

www.wpa2005valencia.com

- **8º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica**

28 Junio-3 Julio 2005

Viena (Austria)

- **5000 años de ciencia y asistencia: construyendo el futuro de la psiquiatría**

XIII Congreso Mundial de Psiquiatría

10-15 Septiembre 2005

El Cairo (Egipto)

- **1985-2005: Dos décadas de Salud Mental Comunitaria**

IV Jornadas Asturianas de Salud Mental

3-4 Noviembre 2005

Gijón (Asturias)

aenasturias@hotmail.com

jornadasasturianas@yahoo.es

- **23 Congreso Nacional AEN**

Asociación Española de Neuropsiquiatría

24-27 Mayo 2006

Bilbao

www.23congresoAEN@ome-aen.org

“El Congreso de los Profesionales de Salud Mental de España. Tres ponencias centran el programa: La Reforma Psiquiátrica, La Psicopatología de las Psicosis y La Continuidad de Cuidados”.

- **XV Simposium Internacional sobre “Psicoterapia en la esquizofrenia y otras Psicosis”**

Sociedad Internacional para los Tratamientos psicológicos de la Esquizofrenia y otras psicosis.

13-16 Junio 2006, Madrid

www.ISPSMmadrid2006.com

“El equipo del Dr. Manuel Gonzalez de Chavez del Hospital Gregorio Marañón de Madrid es el encargado de la organización de este Simposium..Este equipo promueve anualmente ,desde hace 10 años, el curso sobre Esquizofrenia que a finales de Noviembre se celebra en Madrid .Un curso que cuenta cada año con figuras de reconocido prestigio a nivel mundial y que ha conseguido un nivel excelente en el plano científico y organizativo. Estos datos hacen preveer que estemos ante un simposiumirrepetible”.

IX CURSO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL ESTADOS LÍMITE

Palacio de Congresos Príncipe Felipe
Oviedo 17 y 18 de febrero de 2005

Jueves, 17 de Febrero de 2005

16:00 h. **Presentación del Curso**

16:30 h. **La mirada hacia el sujeto.**

Valentín Rodríguez Melón. Psiquiatra Psicoanalista. León

18:00 h. Descanso

18:30 h. **La mirada hacia el grupo.**

Nicolás Caparrós Sánchez. Psiquiatra Psicoanalista. Didacta de la Sociedad Española para el desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA). Madrid

Viernes 18 de Febrero de 2005

9:30 h. **El polimorfismo sintomático de los estados límite.**

Guillermo Rendueles Olmedo. Psiquiatra. Centro Salud Mental Pumarín. Gijón

11:30 h. **Adolescencia y estados límite.** *Alberto Lasa Zulueta.* Psiquiatra Infantil.

Unidad Psiquiatría Infanto-Juvenil Uribe. Algorta. Vizcaya

16:00 h. **Intervención Terapéutica Global: El modelo de la UTP de Zaragoza.**

Vicente Rubio Larrosa. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. de Gracia, Unidad de Trastornos de la Personalidad. Zaragoza

17:30 h. **Terapia Icónica para la Estabilización Emocional.**

Soledad Santiago López. Psicóloga. Jefa Servicio Psicología. Unidad Trastorno Límite Personalidad. Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga

19:00 h. **La inserción laboral de los pacientes con trastorno límite.**

Natalia Castán. Psicóloga. Fundación ACAI (Asociación Catalana de Ayuda e Investigación del TLP). Barcelona

NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen V nº 21 (2004)

EDITORIAL

Sobre el plan estratégico de asistencia psiquiátrica y Salud Mental. *Ander Betolaza* 6

JORNADAS

XI Jornadas OME 2004 9

Atención a la salud mental de afectados por el I I M. *Josefina Mas* 10

Incidentes con múltiples víctimas. Recomendaciones y dispositivos de actuación en
saud mental a víctimas y familiares. *VV.AA* 19

ORIGINALES Y REVISIONES

Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante
con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Joseba Achotegui* 39

Crítica de la sinrazón pura. *Fabrizio de Potestad y Ana Isabel Zuazu* 53

PARA LA REFLEXIÓN

El trabajo del psicólogo en la unidad de agudos. *Miguel A. Valverde* 63

La toxicodependencia, las prisiones y los medios de comunicación social. *Petra Paula Merino* . . 69

Educar, gobernar y psicoanalizar: ¿un trío de profesionales “imposibles”? *Monica Marín* 75

INFORME

La relación entre la salud física y la salud mental: trastornos recurrentes. *Rosalynn Carter* 79

HISTORIA

Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (II) 87

“Terapéutica neuropsiquiátrica”. (L. Insabato). *Oscar Martínez-Azumendi*

ACTUALIZACIONES

Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada 99

El uso de ketamina: de fármaco anestésico a droga de fiesta 100

Revista rehabilitación psicosocial 102

OME editorial 103

La cara oculta de Salvador Dalí 105

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Cambios en OME-AEN 107

Sobre el proyecto del ministerio de sanidad sobre la instauración de visado para
la prescripción de antipsicóticos atípicos 109

AGENDA

Próximas citas 111

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 4 - Núm. 1 - 2004

EDITORIAL	5
ARTÍCULOS ORIGINALES	
De qué hablan los psiquiatras cuando hablan de agresión. <i>Guillermo Rendueles Olmedo</i>	7
Generación y regeneración de la violencia contra las mujeres. <i>Yolanda Fontanil Gómez, Esteban Coto Ezama, y Roxana Fernández Galán</i>	37
La violencia contra las mujeres <i>M^a Concepción Fernández Pol</i>	53
Procedimientos terapéuticos con hombres que agreden a sus mujeres <i>Jose Antonio Muñiz Torrado y Manuel Lopo Lago</i>	65
Qué se puede hacer con los agresores de mujeres <i>Raquel Espantoso San José</i>	75
Población penitenciaria asturiana: tratamiento psicológico para agresores sexuales <i>Ana Suárez Pérez</i>	87
INFORMES	
Declaración de Toledo	101
RESEÑAS	105
REUNIONES CIENTÍFICAS	117
NORMAS DE PUBLICACIÓN	122

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3.1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3.3. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3.4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Bibliografía: (normas Vancouver) se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



ADICIONES

Pedro Melina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 2, 2001



ETICA Y LEY

Victor Aparicio Bassau
(Compilador)

PRÓXIMOS NÚMEROS (2005)

**SALUD MENTAL
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Sanz de la Garza
(Compilador)

**TRATAMIENTO
ASERTIVO COMUNITARIO**

J. J. Martínez Jambrina
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN SALUD
MENTAL**

José Figueroa Lois
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSQUIATRIA
EN ESPAÑA**

Victor Aparicio Bassau
Juan José Martínez Jambrina
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Figueroa Lois
Ignacio López Fernández
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol.3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Trinchero Ramos
Victor Aparicio Bassau
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol.4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol.4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Klöpper
(Compilador)

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N (Centro de Salud Mental de Teatinos)
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.asoc-aen.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

..... 2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (Centro de trabajo).....

y con domicilio en c/

Población DP Provincia

Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D..

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre 1º Apellido

..... 2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

BANCO	OFICINA	D.C.	CUENTA

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma