

La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia

Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia)*

Functionality as a goal in the treatment of schizophrenia

Resumen

El empleo racional de los nuevos antipsicóticos atípicos ha permitido a los clínicos tener una perspectiva de rehabilitación funcional más optimista, en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Se revisan aquí desde una óptica múltiple la importancia de la funcionalidad como concepto básico a tener en cuenta en el tratamiento y control de los síntomas de la enfermedad. Esta perspectiva permite valorar en su justa importancia la presencia de determinados grupos de síntomas, así como la repercusión que sobre el funcionamiento cotidiano del paciente tienen los efectos secundarios inducidos por el empleo de determinados antipsicóticos; y finalmente la repercusión que todo ello tiene sobre el funcionamiento social, y puede permitir al clínico la implementación de medidas terapéuticas a realizar en este campo, siempre teniendo en cuenta el objetivo último y realista en el tratamiento de estos pacientes: su funcionalidad.

Palabras clave: esquizofrenia, funcionalidad, resultados, tratamiento.

Summary

Rational use of new atypical antipsychotics have allowed clinicians to have a more optimistic view, on functional outcome in Schizophrenia. Functional outcome is revised here as an essential concept to be kept in mind in the treatment and control of schizophrenic symptoms. This view allows for a better evaluation of the clinical meaning of symptoms and signs, and the impact on daily functioning of unwelcome side effects of some antipsychotics; and finally the impact of all these upon social functioning and may allow the clinician to implement some interventions in the clinical setting taking into account the ultimate and realistic goal in the treatment of schizophrenic patients: their functional outcome.

Key words: schizophrenia, functionality, outcomes, treatment.

INTRODUCCION HISTÓRICA Y CONCEPTUAL

La importancia de fijarse unos objetivos ajustados a los instrumentos terapéuticos que el clínico tiene a su disposición es fundamental si se quiere obtener el rendimiento óptimo de los mismos. La historia de la asistencia psiquiátrica puede servir de paradigma, pudiendo describirse tres épocas básicas en el tratamiento de la esquizofrenia:

1. Antes del advenimiento de los primeros antipsicóticos era necesario un Hospital Psiquiátrico donde se contuviesen las alteraciones de conducta y se disminuyese el estrés ambiental, con estancias muy prolongadas o vitalicias, favoreciendo mediante terapias ocupacionales o laborterapia, el proceso de estabilización del paciente esquizofrénico.

2. El advenimiento de los antipsicóticos clásicos (en adelante CAPS) permitió en la mayoría de los casos un control suficiente de los síntomas positivos, favoreciendo el acortamiento de las estancias hospitalarias, vaciando los manicomios y facilitando que el paciente estuviera en su familia la mayor parte del tiempo. Esto producía el llamado fenómeno de la puerta giratoria: altas y reingresos de un mismo paciente al poco tiempo, por abandono de la medicación o por intolerancia al estrés ambiental o a las exigencias de un mundo competitivo (familias con alta expresividad emocional).

3. La aparición reciente de los nuevos antipsicóticos (en adelante NAPS) ha permitido un mayor grado de recuperación funcional del paciente, que supone un pro-

CORRESPONDENCIA:

M. Bousoño García.
Facultad de Medicina.
Universidad de Oviedo.
C/ Julián Clavería s/n.
33006 Oviedo.

* M. Bousoño García (Universidad de Oviedo), F. Ferre Navarrete (Servicio Salud Mental, Alcobendas. Comunidad Autónoma de Madrid), M. A. González Torres (Universidad del País Vasco y Hospital de Basurto. Bilbao), F. Mayoral (Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga), A. Montejo González (Facultad de Medicina y Hospital Universitario de Salamanca), J. M. Olivares Diez (Hospital Nicolás Peña. Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo), S. Ros Montalbán (Hospital del Mar. Barcelona) y J. Sanjuan Arias (Universidad de Valencia).

gresivo acercamiento hacia el concepto de curación del paciente esquizofrénico:

1. Mejor tolerancia y aceptación del tratamiento.
2. Menor toxicidad extrapiramidal y menos discinesia tardía.
3. Menor toxicidad por desinhibición de la prolactina.
4. Menor número de abandonos.
5. Menor índice de recaídas (disminución del fenómeno de la puerta giratoria).
6. Mejor control de los síntomas positivos.
7. Mejoría de los síntomas negativos.
8. Mejoría de los síntomas cognitivos.
9. Mejoría de los síntomas afectivos.
10. Mayor eficacia en la esquizofrenia resistente.
11. Mejor integración familiar, social y laboral.
12. Mejor calidad de vida.
13. Mejoría de la funcionalidad.

El nuevo paradigma planteado por el desarrollo de los NAPS permite pensar en la necesidad de un cambio de objetivos:

En la etapa preantipsicótica hasta 1950, el objetivo era la contención social de la enfermedad y la prevención de que el paciente hiciera daño a la sociedad y viceversa. En la era de los CAPS (1950-1990) el objetivo era vaciar los manicomios y devolver al paciente a la sociedad, conteniendo los síntomas de la enfermedad. Y en la nueva etapa de los NAPS (desde 1990) el objetivo es mejorar la funcionalidad del paciente con esquizofrenia para permitir una auténtica reintegración familiar, social, y laboral.

Los cambios de paradigma o de cosmovisión (*zeitgeist*) suponen siempre un proceso de lucha entre los postulados previos y los nuevos, donde los expertos se suelen dividir en dos bandos: uno «evolucionista» que se adhiere inicialmente de forma entusiasta y algo acrítica al nuevo paradigma y otro «clásico», que permanece emocionalmente apegado a las teorías tradicionales, mostrándose incrédulo frente a los avances científicos. Basta recordar en este sentido que la irrupción de los CAPS fue asumida por muchos inicialmente tan sólo como una forma de facilitar la psicoterapia o la contención (se hablaba entonces de la «camisa de fuerza química»). Con el tiempo lógicamente la realidad se impone y los nuevos modelos acaban demostrando su superioridad (o en algunos casos fracasan y acaban en el cubo de basura de la historia), llegando a conocerse de forma bastante profunda sus ventajas y también algunos de los inconvenientes que plantean, culminando en la situación óptima desde el punto de vista científico de «aceptación crítica», al que acaban llegando por aproximación progresiva la inmensa mayoría de expertos (denominado «Grupo Realista»).

Hoy en día asistimos a este proceso. Es indudable que los NAPS han supuesto una mejoría indudable en numerosos aspectos, que ya han sido citados (tolerancia, eficacia). Constituyen por tanto con toda legitimidad un nuevo paradigma. Asistimos también a la división de los expertos en dos grupos diferenciados (evolucionista y

clásico), con los rasgos esenciales anteriormente citados, que progresan a un tercer grupo común de consenso científico y realista:

Grupo evolucionista

Está caracterizado por:

1. Promoción entusiasta de los NAPS.
2. Creencia acrítica en los nuevos postulados.
3. Desconocimiento o minimización de los problemas específicos que genera la nueva cosmovisión.
4. Todos los NAPS serían similares para este grupo.
5. Creencia utópica en la posibilidad de «curación total».

Grupo clásico

Cuyos rasgos serían:

1. Mantenimiento de la superioridad de los CAPS.
2. Creencia de que los CAPS son más eficaces que los NAPS.
3. Coste de los NAPS no justificado por su mejor perfil.
4. Rechazo absoluto de toda posible innovación.
5. Escepticismo frente a los resultados de los estudios científicos.
6. Crítica acerba de los problemas que suscitan la nueva cosmovisión.
7. Pesimismo terapéutico.

Grupo realista

Cuyos planteamientos serían:

1. Los NAPS son superiores a los CAPS en cuanto a:
 - a) eficacia en control de todo el espectro de síntomas, b) eficacia en esquizofrenia resistente y c) mejor tolerancia y menor toxicidad.
2. El mayor coste se compensa por el menor número de reingresos.
3. Hay diferencias importantes entre los NAPS en cuanto a: perfil de eficacia en diversos síntomas, perfil de tolerancia y control de efectos secundarios, facilidad de manejo y uso clínico.
4. Los NAPS permiten plantearse nuevos objetivos en la reinserción del paciente, mejorando la funcionalidad integral del mismo.

Dado que este mismo proceso lo hemos podido observar con la irrupción de los ISRS en el panorama del tratamiento de los trastornos ansioso-depresivos, y hoy todo el mundo acepta que son los antidepresivos de primera elección, no es necesario decir que afortunadamente la mayor parte de los psiquiatras sabemos que con el tiempo estaremos todos o casi todos dentro del tercer grupo.

Es necesario por tanto pasar con urgencia al necesario debate de cuáles deben ser los objetivos realistas que

se deben establecer en este tipo de pacientes. El grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia), los ha englobado bajo una definición sencilla, que se analiza detalladamente en el presente trabajo, con el objetivo de «*mejorar la funcionalidad integral del paciente esquizofrénico*».

CONCEPTO DE FUNCIONALIDAD

La funcionalidad en la esquizofrenia es la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, que tiene un miembro adulto y productivo no enfermo. La funcionalidad está gravemente afectada en esta enfermedad, como consecuencia de sus manifestaciones intrínsecas, que disminuyen la capacidad que tiene el paciente esquizofrénico para adaptarse a su medio.

La consecuencia de la pérdida de funcionalidad como consecuencia de la enfermedad conlleva discapacidad y pérdida en la calidad de vida, e induce además una dependencia del paciente esquizofrénico de estructuras de soporte social, tales como el sistema de pensiones, el apoyo de la familia, la necesidad de una red asistencial diversificada, impidiendo además una auténtica reintegración del paciente en la sociedad, acarreado un estigma social negativo, y un elevado gasto sanitario.

Recuperar la funcionalidad es un objetivo utópico para muchos pacientes, pero es el punto final del proceso de recuperación que deberemos plantearnos en todos. Tener en cuenta la funcionalidad nos permite planificar paso a paso el proceso de recuperación del paciente, yendo mas allá de los síntomas de la enfermedad.

Los componentes de la funcionalidad son numerosos: capacidad cognitiva y afectiva intacta, capacidad volitiva y conativa conservada, capacidad laboral, capacidad de relación social, capacidad de planificar el futuro y capacidad de integración en la sociedad.

FUNCIONALIDAD Y SÍNTOMAS POSITIVOS

La funcionalidad depende en un grado diferente de los distintos síntomas. Así los síntomas positivos afectan gravemente la funcionalidad, pero sólo durante los episodios agudos de la enfermedad, en los cuales dichos síntomas están muy cargados emocionalmente, haciendo que la atención del paciente se centre en los mismos. Por desgracia con frecuencia el clínico cae en el mismo error del paciente y centra toda su atención en estos síntomas olvidando otros que son mucho más importantes para el pronóstico del paciente.

La funcionalidad depende a medio o largo plazo, en mayor medida de las capacidades cognitivas del paciente, y de la presencia de los denominados síntomas negativos. La presencia de deterioro cognitivo o de síntomas negativos o afectivos incide negativamente en la funcionalidad. La presencia de síntomas positivos residuales, a cuya presencia el paciente no da un significado esencial,

no influye apenas en la funcionalidad, ni impide la reintegración del paciente.

El objetivo de recuperación de la funcionalidad del paciente permite ir mas allá de la presencia de determinados síntomas, y centrar al psiquiatra en el objetivo realmente importante, de cara a la reintegración social del paciente. Este objetivo no puede ser otro que el de acercar al máximo al paciente hacia un funcionamiento social normal, intentando mejorar los ámbitos en los que se desenvuelve la vida del paciente, sus relaciones familiares y sociales, ayudándole a superar las alteraciones que impiden o dificultan su integración.

La recuperación funcional del paciente con relación al control de los síntomas positivos debe plantearse las siguientes metas:

1. Conocimiento del paciente de cuáles son los síntomas positivos y cuál es su base científica. (Para ello es necesario promover una psicoeducación del paciente y de su familia).
2. Detección precoz de los síntomas prodrómicos de nuevas recaídas (Psicoeducación).
3. Crítica y autocrítica de la falsa sensación de realidad de los síntomas (técnicas cognitivas).
4. Control del grado de adhesión emocional del paciente hacia los síntomas positivos (distanciamiento emocional y análisis de la realidad percibida o interpretada).
5. Toma suficiente y constante de la medicación necesaria para el control de los síntomas. (Control de cumplimentación, empleo de formas de fácil administración como el velotab, toma única diaria, etc.).
6. Intervención precoz en las recaídas (disponibilidad del Psiquiatra).

IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE

Desde el nacimiento del constructo de demencia precoz kraepeliniano, siguiendo por el de la esquizofrenia de Bleuler y por los de las distintas esquizofrenias (incluyendo las concepciones actuales), los síntomas negativos han ido perdiendo su papel preeminente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en favor de otros síntomas.

Los síntomas positivos, debido a numerosas razones (clínicas, terapéuticas, y por qué no decirlo, sociopolíticas) han pasado a ser las estrellas injustificadas de la esquizofrenia. Esta situación, si bien la podemos comprender en su justo contexto, no podemos compartirla. Por una parte, los síntomas negativos «primarios», junto con las alteraciones cognitivas, son a nuestro juicio la clave para comprender esta enfermedad (o mejor, este grupo de enfermedades) a nivel fisiopatológico, pues probablemente están más cerca de las causas de la misma, e incluso en el origen de otros síntomas, como los síntomas positivos, que puede que no sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con las carencias justas como para no poder afrontar situaciones ambientales complejas.

¿Qué es lo que hace que desde un punto de vista evolutivo consideremos la esquizofrenia una enfermedad crónica y de mal pronóstico? Desde luego que no son los síntomas positivos, pues la eficacia de los antipsicóticos (incluidos los convencionales) sobre estos síntomas es excelente, ni tampoco la recurrencia de los brotes, pues muchas enfermedades recurrentes, como la depresión, tampoco son consideradas ni crónicas ni de mal pronóstico, pese a la inevitable recurrencia de los síntomas en la mayoría de los pacientes.

Lo que hace que la esquizofrenia sea considerada una enfermedad crónica y de mal pronóstico es que, tras la remisión, incluso completa de los síntomas positivos, el paciente no vuelve a la situación de partida, sino que en una importante proporción de casos se convierte (o acentúa sus rasgos previos en este sentido) en un individuo con escasas o ningunas relaciones sociales, incapaz de conseguir integrarse o mantener una ocupación laboral siquiera precaria. Haciendo una media entre los distintos datos publicados podemos decir que el 80% son incapaces de recuperar su actividad previa tras el primer brote, entre un 40%-70% comienzan o prosiguen un abuso habitual de sustancias tóxicas, un 10%-15% irán a la cárcel, un 75% viven a cargo de sus familias o del Estado, un 10%-15% vagan sin hogar y un 10% se suicidan.

Psicopatológicamente, los síntomas que están en la base de esta dramática situación vital de muchos de nuestros pacientes son ese grupo de síntomas confusos, mal definidos, escasamente explorados, habitualmente olvidados, y frente a los cuales la más frecuente de las posturas es el nihilismo terapéutico (porque no se tiene tiempo, por la sobrecarga asistencial, porque «no hay nada que los cure», porque el paciente no se queja, porque lo que les preocupa a las familias y a los gestores es que «no se descompense», etc.): los síntomas negativos.

Las consecuencias de los síntomas negativos que hemos descrito contribuyen al reforzamiento de los mismos, pues el paciente aislado, marginado, desconectado del flujo vital de sus congéneres progresivamente estará más desmotivado, más falto de iniciativa, será menos capaz de iniciar o mantener relaciones sociales, de integrarse laboralmente, entrando así en un círculo vicioso sin salida. Dedicar más esfuerzo a la investigación y tratamiento de estos síntomas modificará la percepción de la enfermedad, el pronóstico de la misma, contribuirá a paliar en gran medida el sufrimiento del paciente esquizofrénico y rehabilitará (o en muchos casos habilitará) a estos pacientes a nivel individual y social.

DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Aunque desde Kraepelin el deterioro cognitivo ha sido una característica esencial en la conceptualización de la esquizofrenia, la necesidad de buscar características diagnósticas fáciles de definir y quizás muy especialmente el auge de la psicofarmacología hicieron que, desde

TABLA 1. Principales funciones cognitivas alteradas en la esquizofrenia

Funciones cognitivas básicas

Atención: dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo, o estímulos complejos

Lenguaje: pérdida en la fluidez verbal

Memoria de trabajo: disminución de la capacidad de recordar palabras o imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta

Función motora: entretardamiento motor, más marcado en pruebas motoras bimanuales

Capacidad de abstracción y funciones ejecutivas: dificultad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas relevantes

Funciones de cognición social

Dificultad en la percepción emocional: se refiere a los errores en la interpretación del significado de los gestos o las palabras de otros (percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal)

Dificultad en la resolución de conflictos: se refiere a la dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto (saber lo que hay que hacer)

Dificultad en la ejecución de las soluciones: se refiere a la dificultad en llevar a cabo, ejecutar, las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto (ser capaz de hacerlo)

Kurt Schneider hasta hace poco, el acento se ponga en los síntomas positivos y no en el déficit cognitivo. El renovado interés en la función cognitiva de estos pacientes es debido a varios factores:

1. El 85% de los esquizofrénicos presentan algún tipo de déficit cognitivo y en el 40% dicho déficit supone una alteración grave¹.
2. El deterioro cognitivo parece más estable en el tiempo que los síntomas positivos².
3. Los nuevos antipsicóticos atípicos tienen más eficacia que los clásicos en el deterioro cognitivo³.
4. El grado de deterioro cognitivo tiene importantes implicaciones en la evolución y en el pronóstico de estos pacientes⁴.

Las funciones cognitivas que aparecen más frecuentemente afectadas en la esquizofrenia aparecen en la tabla 1. Como puede verse en dicha tabla podemos dividir dichas funciones cognitivas en dos grandes grupos: las funciones cognitivas básicas y las funciones de cognición social. Las primeras incluyen la atención, la fluidez verbal, la memoria de trabajo, la función motora y la capacidad de abstracción. Las segundas están incluidas bajo el concepto de lo que se denomina «teoría de la mente» o «cognición social» e incluyen la capacidad para percibir correctamente una situación, la capacidad para encontrar soluciones en un conflicto, y la capacidad para llevar a cabo dichas soluciones.

La mayoría de los estudios, hasta hace poco, se han centrado en las funciones cognitivas básicas. Dichos estudios han demostrado de forma bastante contundente la

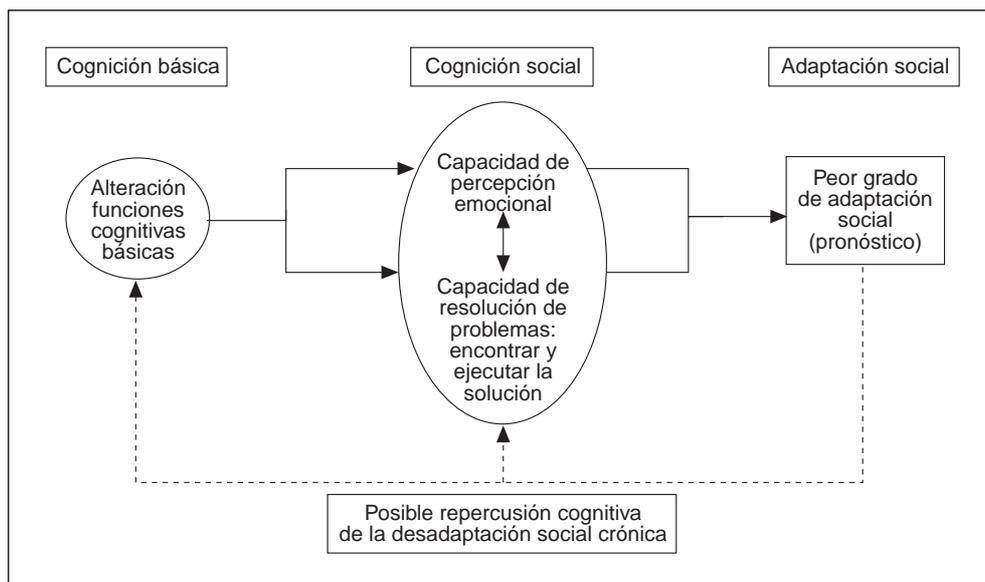


Fig. 1. Esquema de la repercusión y la interrelación entre la alteración de la función cognitiva y la funcionalidad/adaptación social en la esquizofrenia. Tomada de Green et al⁷² con modificaciones.

existencia de un déficit cognitivo en las funciones antes mencionadas. Sin embargo, dicho déficit no parece específico de la esquizofrenia sino que es común a muchos otros trastornos⁵.

Esta falta de especificidad se debe entre otras cosas a que los modelos neuropsicológicos de los que parten están basados en pacientes con daños cerebrales focales. Si algo podemos tener claro después de más de 100 años tratando de saber qué pasa en el cerebro de los pacientes esquizofrénicos es que no tienen un daño cerebral focal. Es decir que, sin cuestionar que existe algún tipo de patología cerebral, ésta es, sin duda, mucho más sutil que la que pueda aparecer en un traumatismo craneoencefálico o en un accidente cerebrovascular. Los nuevos enfoques de la neuropsicología de la esquizofrenia tratan de pescar dicha sutileza. Estos nuevos enfoques se refieren a entender cómo el deterioro de las funciones cognitivas básicas está relacionado con una dificultad en la relación interpersonal y en la adaptación social de estos pacientes, es decir con lo que antes denominábamos bajo el epígrafe de cognición social y otros conceptualizan bajo el término Teoría de la Mente⁶. Un esquema de dicha influencia aparece en la figura 1. Como podemos ver en dicho esquema la alteración en las funciones cognitivas básicas se concreta en una dificultad en la capacidad de interacción social que está directamente relacionada con el grado de adaptación, o funcionamiento global del sujeto. Pero dicha desadaptación social implica, a su vez, una merma en las posibilidades de aprendizaje social y un aumento de las situaciones de estrés crónico. Ambos factores contribuyen a aumentar las dificultades cognitivas, pudiendo llegar en este círculo a un déficit cognitivo irreversible.

La ventaja de este modelo neuropsicológico sobre los modelos tradicionales es que permite relacionar directamente el déficit cognitivo con el funcionamiento o grado de adaptación social. Esta relación facilita la organización

de los programas de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales y en general las implicaciones prácticas que el déficit cognitivo tiene en la vida cotidiana del paciente⁷.

En resumen, en lo que se refiere a la función cognitiva se trata de salirse de la simple constatación de que los esquizofrénicos fallan más en determinados test (memoria, lenguaje etc.) y preguntarse cómo dichos déficits les crean a su vez problemas en la relación interpersonal o en el funcionamiento social, y partiendo de esta explicación crear protocolos de actuación terapéutica o rehabilitación, adecuados a la disfunción cognitiva de cada paciente.

SÍNTOMAS AFECTIVOS Y FUNCIONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Las alteraciones en la calidad o intensidad de los afectos son parte integral del cuadro clínico de la esquizofrenia. Ya Bleuler consideraba las anomalías afectivas como uno de los cuatro síntomas primarios de la enfermedad, acompañando a los trastornos de las asociaciones, el autismo y la ambivalencia. Todos los instrumentos y escalas de evaluación de la esquizofrenia (BPRS, PANSS, SANS & SAPS...) incluyen ítems que reflejan modificaciones en unos u otros aspectos de la afectividad del sujeto en cuestión. En la mayor parte de los casos, los clínicos consideramos estas alteraciones como una parte más del cuadro clínico y esperamos que el tratamiento estándar mediante neurolépticos e intervenciones psicosociales logrará su desaparición o alivio. Sin embargo, en algunas ocasiones la intensidad, la frecuencia u otros aspectos de estas anomalías afectivas hacen que les prestemos una atención específica y consideremos un tratamiento diferenciado, en paralelo al tratamiento nuclear de la enfermedad.

Definición y diagnóstico diferencial

Con frecuencia existe confusión en el análisis de este problema al mezclarse los hallazgos relativos a la tristeza (hipotimia, bajo estado de ánimo) con el humor depresivo y con el síndrome depresivo⁸. Evidentemente la tristeza en sí misma no supone patología y el humor depresivo no tiene por qué llevarnos al diagnóstico de depresión salvo que se acompañe de otros síntomas cognitivos o vegetativos. El síndrome depresivo en sí no siempre es fácil de discriminar dentro del conjunto de psicopatología que presenta el paciente. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con distintas entidades: factores médico/quirúrgicos, medicamentos depresivos, drogas de abuso, síntomas negativos de esquizofrenia, disforia inducida por neurolepticos, acinesia inducida por neurolepticos⁹⁻¹¹, acatisia inducida por neurolepticos, «síndrome de desmoralización»¹², depresión postpsicótica, pródromos de la recaída psicótica, depresión esquizoaffective, etc.

Los datos de los estudios ECA sobre comorbilidad de esquizofrenia y depresión¹³ indican un incremento de 14 veces en el riesgo de trastorno afectivo unipolar en los pacientes que han recibido alguna vez en su vida el diagnóstico de esquizofrenia. Investigadores alemanes¹⁴ encuentran «humor deprimido» en el 40% de los casi 1.000 pacientes esquizofrénicos en su primer ingreso en un hospital. En un estudio retrospectivo de 232 primeros episodios, otros autores¹⁵ encuentran una prevalencia a lo largo de la vida de «humor deprimido» del 81%. Estudiando pacientes hospitalizados en fase aguda se han descrito síntomas depresivos en el 54,8%¹⁶. En un seguimiento prospectivo, de 70 pacientes esquizofrénicos otros autores¹⁷ hallan entre un 30% y un 40% de «síndromes depresivos completos» en la muestra en cada corte de seguimiento. En una muestra de pacientes ambulatorios con cuadros esquizofrénicos crónicos, se han encontrado síntomas depresivos «significativos» en un 13,3% de los sujetos¹⁸.

Los porcentajes son también elevados si analizamos pacientes varones y mujeres por separado; así otros autores¹⁹ encuentran un 44,3% de pacientes con síntomas depresivos en una muestra compuesta en un 90% por varones, mientras que en un estudio reciente²⁰, en el grupo de mujeres de la muestra de pacientes esquizofrénicos un 20,0% de casos tenían puntuaciones en la escala de Hamilton superiores a 17.

En población española podemos destacar el estudio de Gutiérrez Rodríguez et al²¹ que refieren que un 67,3% de los pacientes esquizofrénicos de su muestra habían presentado alguna forma de trastorno depresivo a lo largo de su enfermedad.

La causa de los síntomas depresivos y de la depresión en sentido estricto en los pacientes esquizofrénicos está lejos de ser delimitada. Para intentar resolver este problema Muller et al²² proponen un modelo tridimensional (retardo, síntomas depresivos nucleares y síntomas depresivos accesorios) de la sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos y Brevion et al²³ consideran la

clínica depresiva como ligada a un componente volicional de los síntomas negativos.

Siris²⁴ propone el modelo de vulnerabilidad-estrés como vía para integrar lo depresivo en el proceso esquizofrénico, considerando a la depresión como un posible precipitante del episodio psicótico en pacientes suficientemente vulnerables.

Joseph²⁵ señala la relación entre anomalías del lóbulo frontal y cierta clínica negativa que puede solaparse con la depresiva. Heinz²⁶ apunta a una disfunción del sistema dopaminérgico de recompensa como el origen de la anhedonia que podemos encontrar en la esquizofrenia, en la depresión y en los trastornos adictivos.

El abuso de sustancias se ha señalado como un factor relevante en la aparición de clínica depresiva²⁷. Otros, como Dollfus et al²⁸ sugieren la relación entre signos extrapiramidales objetivos y síntomas negativos y depresivos y Gervin et al²⁹ relacionan también los síntomas extrapiramidales y la disforia.

Moore et al³⁰ y Smith et al³¹ muestran la relación entre una mayor conciencia de enfermedad por parte del paciente esquizofrénico y un mayor nivel de clínica depresiva y Ventura et al³² describen la relación entre acontecimientos vitales independientes y la aparición de síntomas depresivos en estos pacientes.

Consecuencias e impacto funcional de la clínica afectiva en la esquizofrenia

Los síntomas afectivos complican el cuadro clínico del paciente esquizofrénico y ejercen una influencia notable en distintas áreas de la vida del paciente, en su respuesta al tratamiento y en su evolución, además de presentar una compleja relación con las tentativas suicidas y con los suicidios consumados en este grupo de pacientes.

Hoffman et al³³ relacionan la presencia de autoconceptos negativos, bajas expectativas y *locus* de control externos con la aparición de desesperanza y señalan la influencia de ésta en la rehabilitación del paciente. Si no se logra que el paciente vea una posible salida positiva a su situación del momento su participación en el proceso rehabilitador va a ser muy pobre, y en consecuencia los resultados obtenidos no serán satisfactorios. Una reflexión somera nos señala que tanto los autoconceptos negativos como las expectativas pobres son parte intrínseca de la clínica depresiva en general, y de la que hallamos en el paciente esquizofrénico en particular. Olfson et al³⁴ señalan la presencia de depresión mayor como uno de los mejores predictores de reingreso temprano (en menos de 3 meses) de los pacientes esquizofrénicos tras el alta hospitalaria.

Podemos arriesgarnos a considerar la clínica depresiva como generadora de problemas que se solapan con los relacionados con la sintomatología negativa. La anhedonia, las dificultades de relación y el aislamiento social, la baja energía, ahondan la alienación del paciente y facilitan la aparición de desesperanza y la falta de implica-

ción en el tratamiento. Según la propuesta clásica de Beck, el paciente deprimido se ve a sí mismo como desamparado, interpreta la mayoría de los sucesos a su alrededor de un modo desfavorable y ve el futuro con desesperanza. Si esta tríada cognitiva la aplicamos al psiquismo del paciente esquizofrénico deprimido podemos aventurar una escasa implicación en el tratamiento, una peor respuesta a éste y, en consecuencia, una peor evolución. Además, los intentos por parte del entorno de acercamiento al paciente tendrán aún menores posibilidades de ser bien acogidos.

Merece la pena prestar atención a los datos relativos a ideación y conducta suicida, muy relacionados con la clínica depresiva. En un estudio reciente, Meltzer³⁵ señala una tasa de suicidio de entre el 9% y el 13% de los pacientes esquizofrénicos, con una tasa anual de entre un 0,4% y un 0,8%; curiosamente, no observaba diferencias entre pacientes respondientes y refractarios a la medicación neuroléptica. En un estudio realizado en Estocolmo entre los años 1973 y 1995³⁶, los autores concluyen que el suicidio es la primera causa de muerte prematura en los esquizofrénicos varones y la segunda entre las mujeres.

El intento de suicidio es también frecuente, Harvaky-Friedman et al³⁷ encuentran que un 33% de sus pacientes esquizofrénicos referían algún intento de suicidio, señalando además que la depresión y la pérdida de alguien significativo habían sido las razones que les habían impulsado. En otro estudio con una gran muestra de 1.048 pacientes psicóticos hospitalizados, Radomsky et al³⁸ examinaron conductas suicidas y señalan una prevalencia a lo largo de la vida de intentos de suicidio del 30,2% y de un 7,2% en el mes previo. El trabajo ya citado de Gutiérrez Rodríguez et al (2000) sobre pacientes españoles describe un 34,7% de intentos de suicidio en la muestra.

Sin embargo, la relación entre clínica depresiva y suicidio es más compleja de lo que puede parecer a primera vista. Harvaky-Friedman et al (en su trabajo ya citado de 1999), en un estudio caso-control muy bien diseñado no hallan diferencias entre esquizofrénicos con y sin historia de intentos de suicidio respecto a tasa de depresión. En cambio, Sands et al³⁹ en un estudio longitudinal señalan que la presencia de depresión en esquizofrenia está asociada a una peor evolución, a problemas laborales, menor actividad, insatisfacción general y tendencias suicidas. En el estudio de Bottlender et al (de 2000, ya citado) hallan ideación suicida en un 40% de los pacientes deprimidos de su muestra (primeros episodios) y sólo en un 19% de los no deprimidos. Saarinen et al⁴⁰ realizan la autopsia psicológica de 17 esquizofrénicos suicidas llegando a la conclusión de que el 59% de ellos estaban clínicamente deprimidos en el momento del suicidio y que en un 76% de los casos el psiquiatra no había detectado riesgo suicida en la última visita. Terciando también en este complicado terreno, Fenton et al⁴¹ apuntan algo intuitivo por muchos clínicos: pacientes esquizofrénicos con mayores probabilidades de recuperación o con buena evolución son los que presentan mayor riesgo de sui-

cidio. Quizá estos pacientes, capaces de una introspección más profunda y con una mayor conciencia de enfermedad valoran de un modo muy intenso su situación y optan a veces por escapar mediante la tentativa suicida de un futuro temido muy negativo.

Levinson et al⁴² realizan una revisión en profundidad que podemos considerar como de referencia. Analizan todos los trabajos sobre tratamiento farmacológico de depresión unida a esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo desde 1976 hasta 1999. Concluyen lo siguiente:

1. La distinción diagnóstica entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo no predice la respuesta al tratamiento.
2. Para pacientes con una exacerbación aguda de una esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo con síntomas depresivos uno de los nuevos antipsicóticos es la mejor opción pues la adición de un anti-depresivo durante un episodio agudo podría prolongar la clínica psicótica.
3. Es útil añadir antidepresivos a la medicación antipsicótica en aquellos pacientes que continúan presentando un síndrome depresivo una vez que el episodio psicótico se ha estabilizado.
4. Los datos son confusos respecto a los beneficios de añadir antidepresivos en pacientes que presentan sólo síntomas y no síndromes depresivos.
5. El uso de litio para los síntomas depresivos en la esquizofrenia no ha sido suficientemente estudiado como para extraer conclusiones.
6. Hay todavía escasos estudios controlados sobre la utilidad en pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos de agentes timolépticos como valproato o los ISRS.

En síntesis, el tratamiento farmacológico de la clínica depresiva en la esquizofrenia debiera estar basado en el uso de neurolépticos, y dentro de ellos los nuevos antipsicóticos, incluyendo a la clozapina, parecen poseer alguna ventaja. Existen indicios de una acción específica sobre la tendencia al suicidio por parte de la clozapina, y algunos trabajos señalan que esta acción preventiva del suicidio sería también compartida por la olanzapina. Sólo en el caso de cuadros depresivos que aparecen en el marco de una situación estable de la psicosis aportan ventajas los antidepresivos, y entre ellos los tricíclicos poseen la mayor evidencia acumulada sobre su efecto benéfico.

ALTERACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ESQUIZOFRÉNICO CAUSADA POR LA TOXICIDAD NEUROLÓGICA DE LOS ANTIPSICÓTICOS

El desarrollo de los programas asistenciales basados en la actividad ambulatoria más que en la hospitalaria ha desplazado el interés hacia la adaptación social y comunitaria de los pacientes esquizofrénicos, y por lo tanto hacia su rendimiento funcional.

Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más dis-

capacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias⁴³.

Las medicaciones antipsicóticas clásicas proporcionan a los pacientes un alivio de la sintomatología psicótica para la mayor parte de ellos, sin embargo no todos los pacientes toleran sus efectos adversos que pueden ser incapacitantes en su rendimiento funcional. Los efectos secundarios que producen abarcan los de toxicidad neurológica, los de tipo endocrino, las disfunciones sexuales, la toxicidad hepática, los secundarismos dermatológicos y la cardiotoxicidad. El resultado final de la intolerancia de los antipsicóticos y de medicaciones frecuentemente asociadas como los antiparkinsonianos es el incumplimiento del tratamiento⁴⁴.

La toxicidad neurológica de los neurolepticos típicos incluye los que afectan el sistema extrapiramidal; el síndrome neuroleptico maligno, las crisis comiciales y los efectos sobre la función cognitiva y la sedación.

Los efectos secundarios de tipo neurológico suelen ser muy desagradables para el paciente y es posible que su efecto disminuya el cumplimiento de las recomendaciones del médico. Peor aún, los efectos secundarios representan en muchas ocasiones los signos más visibles de la enfermedad, contribuyendo a la estigmatización de la esquizofrenia.

Así como los síntomas positivos y negativos pueden disminuir significativamente o incluso desaparecer, algunos de los efectos secundarios extrapiramidales marcan al paciente y provocan que los demás lo perciban como un enfermo con un trastorno mental o con una lesión cerebral, lo que dificulta sobremanera que el paciente se integre en la comunidad. Los psiquiatras comprueban diariamente que algunos pacientes esquizofrénicos experimentan un cambio subjetivo mientras reciben neurolepticos. Esto se denomina de varias formas: disforia neuroleptica, toxicidad conductual neuroleptica, y respuesta subjetiva negativa. Aunque no se entiende claramente la naturaleza de estas respuestas subjetivas, son importantes respecto a cualquier consideración sobre la funcionalidad y la calidad de vida del esquizofrénico⁴⁵.

Los efectos neurotóxicos de los antipsicóticos típicos tienen una clara repercusión en la funcionalidad del paciente en dos aspectos:

Disminución en su nivel de funcionamiento

1. En cuanto a su rendimiento y nivel de desempeño en áreas como tareas domésticas, rendimiento académico, relaciones familiares e interpersonales en general, funcionamiento sexual y nivel de funcionamiento laboral.
2. En la esquizofrenia se ven alteradas varias funciones cognitivas: la atención, el lenguaje, la memoria

TABLA 2. Alteraciones en la funcionalidad como consecuencia de la toxicidad neurológica de los neurolepticos

<i>Efecto secundario</i>	<i>Consecuencias en cuanto a la funcionalidad</i>
Cognitivos	
Efectos anticolinérgicos	Disminución del rendimiento cognitivo; menor capacidad para estudiar y aprender nuevas tareas. Dificultad para leer. Puede disminuir las posibilidades de empleo
Acatisia	
Discinesia	
Sedación	
Relaciones sociales	
Acatisia	La persona tiene dificultad para participar normalmente en una relación social
Acinesia	
Sedación	Sequedad de boca que le impide hablar
Efectos anticolinérgicos	
Alteraciones sexuales y menstruales	Interfiere la vida sexual normal y disminuye la autoestima
Aspecto	
Acatisia	Genera rechazo social y reduce las oportunidades de integración en la sociedad. Reduce las posibilidades de empleo que requiere habilidades motoras
Acinesia	
Discinesia	
Distonia	
Parkinsonismo	
Temblores	

Modificada del Programa Esquizofrenia sin rechazo. Asociación Mundial de Psiquiatría. 2000.

de trabajo, la función motora y la capacidad de abstracción y las funciones ejecutivas consecuentes.

3. Los efectos neurotóxicos de los neurolepticos influyen llamativamente en la función motora por el enlentecimiento que producen pero probablemente la capacidad de atención y la función ejecutiva⁴⁶ se vea muy mediatizada por estos efectos adversos.

La estigmatización

Se trata de observar la influencia que tienen en el estigma que acompaña a esta enfermedad. Un enfermo parkinsonizado o con acatisia presenta un aspecto que de alguna manera le hace distinto a los demás de su entorno social o laboral. La percepción que tiene el paciente de síntomas como la acinesia, el temblor y la rigidez del parkinsonismo influyen en su capacidad de cuidarse a sí mismos y de realizar actividades de ocio. El padecimiento de la acatisia y el miedo a que se repita esa sensación de inquietud hace que muchos esquizofrénicos restrinjan todavía más si cabe, su interacción social.

En la tabla 2 están sistematizadas las consecuencias sobre la funcionalidad del esquizofrénico.

Con la llegada de los nuevos antipsicóticos: risperidona, olanzapina, quetiapina y en un futuro ziprasidona, el panorama de la toxicidad neurológica ha cambiado com-

pletamente. Si bien son fármacos equiparables en términos de eficacia, lo que es incomparable a favor de los nuevos también llamados atípicos, es el perfil de efectos adversos⁴⁷. Sin embargo, lo realmente importante es la traducción de esa reducción de la toxicidad neurológica en términos de menor disfuncionalidad global y mejor calidad de vida. Además la percepción que tiene el paciente de la severidad e importancia de los efectos secundarios determinará la adhesión al tratamiento.

AFECTACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD PROVOCADA POR LA DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA A ANTIPSICÓTICOS

La aparición de disfunción sexual (DS) secundaria al uso de antipsicóticos con frecuencia está subestimada por el médico y a menudo compromete el cumplimiento del tratamiento a largo plazo⁴⁸⁻⁵¹. En general todos ellos pueden producir DS debido al incremento de prolactina, si bien existen otros factores implicados. Por otra parte no todos la producen por igual, y estas diferencias pueden suponer factores de primer orden en la elección del antipsicótico. Las cifras de incidencia oscilan enormemente entre el 5% y el 90% dependiendo del método utilizado para investigarla⁵².

Los datos demuestran una infracomunicación muy importante de este problema por parte del paciente, que bien pudiera explicarse por distintas causas tales como la vergüenza o falta de confianza. Con más frecuencia de la deseable la subestimación de la incidencia se origina en dificultades del propio médico para entrevistar a los pacientes sobre su vida sexual independientemente de que tengan pareja estable o no.

La DS puede incluir diversas alteraciones tales como descenso de libido, dificultades en la eyacuación, el orgasmo, la erección / lubricación vaginal en mujeres, alteraciones menstruales o ginecomastia⁵³⁻⁵⁵. Estas alteraciones son reversibles con la discontinuación del tratamiento con la excepción del priapismo que en raros casos puede requerir intervención quirúrgica.

El mayor inconveniente derivado de este efecto adverso es la posibilidad de abandono del tratamiento con las consiguientes complicaciones clínicas y socio-familiares que aparecen posteriormente.

Los puntos clave de la sexualidad del paciente psicótico son:

1. Gran desconocimiento del problema.
2. Sexualidad diferente a la de la población general, pero también importante.
3. Escasas relaciones de pareja estables.
4. Predominio de masturbación (varones).
5. Abandonos frecuentes del tratamiento por disfunción sexual secundaria al uso de antipsicóticos: a) deterioro de las relaciones de pareja; b) empeora la interacción social, y c) provoca recidivas, ingresos y posible agresividad.

La función sexual del paciente psicótico presenta muchas incógnitas. Siempre se ha creído que su activi-

dad sexual es diferente de la población sana, aunque actualmente se acepta que presentan muchos rasgos en común debido a que un número de pacientes recuperan en mayor o menor porcentaje su estado prepsicótico. Debido a que se trata de un grupo muy heterogéneo con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual debemos separar varios subgrupos.

1. Los pacientes con clínica aguda y que precisan internamiento para el control psicopatológico no suelen presentar quejas ante sus médicos sobre la función sexual. El corto período de estancia hospitalaria y el predominio de objetivos terapéuticos dirigidos hacia el control de los síntomas de primer orden superan inicialmente la preocupación por niveles de funcionalidad posteriores. Sin embargo, si bien la decisión de un determinado antipsicótico está basada inicialmente en su eficacia no olvidemos que deberán ser empleados durante largo plazo, por lo que la tolerancia y aceptación del paciente de sus efectos adversos se convierte en esencial. No puede existir el concepto de efectividad sin estar estrechamente ligado a la presencia de efectos adversos mal tolerados a largo plazo.

2. Los pacientes crónicos con mala evolución suelen presentar un deterioro importante en su capacidad sexual acompañando al resto de las alteraciones mentales, psicosociales y síntomas deficitarios⁵⁶. Sin embargo investigaciones actuales demuestran que los pacientes en tratamiento crónico con buena evolución están interesados en la vida sexual, aunque tienen dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales^{57,58}. Suele ser más frecuente que tengan problemas sociales, familiares y con la comunidad derivados del mayor riesgo de embarazo, o por puntuales comportamientos sexuales anormales. Las dificultades emocionales que, por lo general, presentan los pacientes dificulta su habilidad para conseguir interrelaciones sociales incluyendo las de pareja. Posiblemente por este motivo los psicóticos varones (en menor grado las mujeres) tienen un predominio de la actividad masturbatoria comparado con pacientes controles. Por otra parte los no tratados parecen tener menor interés sexual que el grupo control sano sin que esto signifique que el desinterés sexual pueda ser extensible a la población general que recibe antipsicóticos.

3. Los pacientes lo bastante deteriorados como para permanecer en instituciones psiquiátricas no pueden tampoco verse relegados al prejuicio de que carecen de interés o actividad sexual. Recientemente se ha descrito que al menos dos tercios de las mujeres con esquizofrenia y hospitalizadas en centros psiquiátricos tienen actividad sexual de pareja, por lo que resulta vital investigar las alteraciones secundarias a los psicofármacos. La actividad masturbatoria es muy habitual en los varones si bien en las mujeres presenta una incidencia mucho menor y apenas supera el 20%. Si se utilizan escalas específicas para medir la función sexual en estos pacientes, el 40% padecían descenso del interés sexual comparado con el nivel basal, el 36% problemas de la eyacuación y un tercio de ellos se mostraron insatisfechos con su funcionamiento sexual por este motivo⁵⁹. Si bien la enfer-

TABLA 3. Sexualidad del paciente psicótico*Encuesta a pacientes psicóticos estabilizados*

	Varón	Mujer
Actividad sexual		
Relaciones de pareja	83%	79%
Masturbación	76%	21%

<i>Problemas sexuales</i>	<i>Porcentajes globales</i>
Descenso del deseo sexual	40%
Creer estar afectados por medicación	30%
Problemas eyaculatorios	36%

Dickson R & Glazer W⁵⁹.

medad y sus repercusiones sociales compromete la funcionalidad sexual no debemos despreciar el papel de los fármacos en el inicio o mantenimiento de estas dificultades (tabla 3).

4. Un grupo cada vez más numeroso de pacientes presenta buena evolución a corto y largo plazo. Debido a la aparición de los nuevos antipsicóticos que presentan un perfil más favorable de efectos adversos, se ha generalizado su uso por los psiquiatras de todo el mundo. Por fortuna, es frecuente encontrar pacientes que sufrieron un episodio psicótico, fueron tratados con fármacos con muy buenos resultados y son seguidos de forma ambulatoria con la ayuda de psicofármacos y apoyo socio-sanitario. Muchos de ellos mantienen una vida familiar, social y laboral adecuada, y su actividad sexual puede verse gravemente resentida si aparece disfunción sexual a largo plazo provocada por el fármaco. En este grupo, cada vez más numeroso, es imprescindible valorar este aspecto conjuntamente con el paciente, y resulta determinante en la elección de un antipsicótico a largo plazo, casi tanto como puede serlo la presencia o no de síntomas extrapiramidales.

Cuando aparece DS resulta imprescindible analizar cómo acepta el paciente (tabla 4) este efecto adverso y cómo influye en su funcionalidad en general. Los datos del Grupo Español de Trabajo Para el Estudio de Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos⁶⁰ han servido para analizar este aspecto con especial detenimiento.

Tomando en cuenta estos resultados resulta muy relevante que casi un tercio de los pacientes podría abandonar la medicación debido a este efecto adverso, sin olvidar aquellos pacientes que han abandonado ya el tratamiento por este motivo y que no han vuelto a consulta, por lo que posiblemente las cifras de intolerancia podrían resultar mayores.

La diversificación de las indicaciones terapéuticas y la generalización entre los psiquiatras del uso de estos nuevos fármacos en otras indicaciones alternativas (trastornos afectivos, problemas de conducta, agitación, trastornos de ansiedad, de personalidad, etc., como tratamientos coadyuvantes o únicos) hace que se vean afectados un mayor número de pacientes que no poseen

TABLA 4. Aceptación del paciente ante la disfunción sexual secundaria a risperidona

0. Buena aceptación, no compromete el cumplimiento	38%
1. Medianamente aceptable	32%
2. Inaceptable con riesgo de abandono	30%

síntomas psicóticos sino también afectivos o de otra índole, y en los que desafortunadamente se ve comprometida con diversa intensidad la función sexual.

Teniendo en cuenta la importancia actual de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente como variable de gran interés en la elección de un tratamiento u otro para manejar diferentes patologías, la alteración de la función sexual en pacientes bajo la perspectiva de largo plazo debe suponer un factor decisivo en la elección terapéutica. De este modo conoceremos la implicación que tiene en su funcionalidad evitando en lo posible los abandonos por esta causa.

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y ESQUIZOFRENIA

Se entiende por funcionamiento o ajuste social la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura. Por extensión la participación e integración en actividades sociales y recreativas se consideran también como dimensiones del funcionamiento social.

El concepto de funcionamiento social es complejo, ya que engloba un substrato de funcionamiento cognitivo básico (memoria, atención, concentración y procesamiento), una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene, apariencia, tareas domésticas, manejo del dinero, etc.) y un repertorio de interacciones sociales que exigen el desempeño de un determinado papel (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero, etc.).

Importancia del funcionamiento social en la esquizofrenia

El funcionamiento social resulta crucial en la esquizofrenia por cuatro motivos:

1. El déficit de funcionamiento social ha sido reconocido como una de las características de la esquizofrenia desde las primeras concepciones de la enfermedad de Kraepelin⁶¹ y Bleuler⁶².
2. El déficit del funcionamiento social ha sido utilizado como uno de los criterios diagnósticos de esquizofrenia por los sistemas de clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales DSM-IV e ICD-10.

3. El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de resultado. Se ha acumulado suficiente evidencia durante la pasada década que demuestra que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros brotes resulta ser uno de los mejores predictores de resultado a largo plazo, tanto para variables clínicas como no clínicas⁶³⁻⁶⁶.
4. El funcionamiento social es uno de los principales objetivos de los tratamientos psicosociales y de los programas de rehabilitación en la esquizofrenia.

Tratamientos psicosociales dirigidos a mejorar la funcionalidad en la esquizofrenia

La esquizofrenia, como la mayoría de las enfermedades crónicas potencialmente incapacitantes, requiere la combinación de un tratamiento farmacológico con una serie de recursos e intervenciones que, por su carácter no biológico, han sido denominados genéricamente como tratamientos psicosociales.

Bajo esta denominación se han incluido todo un conjunto de actividades muy diversas y con distintas orientaciones y objetivos, que van desde la prevención de recaídas a la recuperación de habilidades o capacidades perdidas con el curso de la enfermedad, pasando por la intervención familiar o la formación vocacional y reinserción laboral.

En general todas ellas entran a formar parte de lo que se ha considerado tradicionalmente como el campo genérico de la rehabilitación del enfermo mental severo.

Desde un punto de vista conceptual hay que distinguir las *intervenciones o tratamientos psicosociales*, propiamente dichos, de los modelos de provisión y organización de servicios o *estrategias de intervención y abordaje del trastorno mental severo*, que permiten y facilitan la implementación de dichos tratamientos y que han demostrado mayor efectividad de resultados.

La diversidad de técnicas y modalidades de tratamientos psicosociales hacen difícil la evaluación de los mismos, ya que a veces bajo una misma denominación se realizan actividades muy diferentes, sin una clara especificación de los pacientes a los que se dirigen y sin una adecuada contrastación con el modelo original. No obstante, a pesar de las dificultades metodológicas, se han realizado recientes revisiones de la efectividad de dichas intervenciones en el tratamiento de la esquizofrenia⁶⁷⁻⁶⁹, utilizando una metodología rigurosa, similar a la utilizada para la evaluación de los resultados obtenidos con los tratamientos farmacológicos y midiendo una serie de aspectos que van más allá de la estabilización clínica y de la mejoría de los síntomas (como mejora del funcionamiento social, acceso a recursos y oportunidades de empleo, calidad de vida y satisfacción de los propios usuarios y de sus familiares).

Por otra parte, en los dos últimos años han ido apareciendo los primeros resultados del Proyecto PORT

(*Patient Outcome Research Team*)⁷⁰, estudio multicéntrico a gran escala, donde diferentes expertos han revisado exhaustivamente los componentes esenciales del tratamiento comunitario de la esquizofrenia en diferentes países, demostrando la eficacia de los tratamientos psicosociales en condiciones experimentales y las diferencias de unos respecto a otros, aportando una sólida base para la aplicación de este tipo de intervenciones.

Aunque el tratamiento farmacológico continúa siendo el eje vertebrador sobre el que descansan el resto de las intervenciones, el tratamiento de la esquizofrenia va hoy mucho más allá de la prescripción del mejor fármaco que tengamos disponible a una dosis adecuada. Los mejores resultados, sobre todo en el terreno del funcionamiento social, la convivencia en el medio familiar y la obtención de empleo se han obtenido combinando el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervenciones psicológicas, de diversas orientaciones y dirigidas a diversos ámbitos de la conducta que se han agrupado bajo la etiqueta de tratamientos psicosociales.

Los «ingredientes esenciales» o premisas, sobre las que descansan los tratamientos psicosociales que han demostrado mayor efectividad son⁷¹:

1. Modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento como marco teórico de referencia.
2. Énfasis en la provisión de información y educación acerca de la naturaleza biológica de la enfermedad.
3. Fomento de la confianza mutua, cooperación y alianza terapéutica entre pacientes, familiares y equipo terapéutico.
4. Consideración a los familiares como aliados terapéuticos huyendo de toda culpabilización o responsabilización sobre el origen de la enfermedad.
5. Fortalecimiento de las capacidades naturales de afrontamiento conservadas, tanto en las familias como en los propios enfermos.
6. Suficiente flexibilización, tanto para adaptarse a las peculiaridades del paciente como al momento de evolución y circunstancias de su enfermedad.
7. Contar con el sistema de valores y preferencias tanto de las familias como de los pacientes en la elección de objetivos o metas a conseguir con el tratamiento situándoles a ellos mismos en el centro del proceso asistencial y no en el extremo del mismo.

Entre la gran variedad de tratamientos psicosociales que se han utilizado en el tratamiento de la esquizofrenia, las modalidades que han sido más rigurosamente evaluadas demostrando mayor efectividad sobre el resto son:

1. Las intervenciones psicoeducativas y de soporte familiar.
2. El entrenamiento en habilidades sociales.
3. Las terapias psicológicas: a) terapias cognitivo-conductuales y b) terapias de rehabilitación cognitiva.
4. Rehabilitación vocacional y los programas de apoyo al empleo.

Y entre las estrategias que se han revelado con más éxito para el abordaje y la organización de los servicios dirigidos a pacientes con trastornos mentales severos cabe destacar: los programas de Gestión de Casos (*case management*) y los programas de seguimiento intensivo en la comunidad (*Assertive Community Treatment*).

Conclusiones generales acerca de los tratamientos psicosociales y consideraciones clínicas

Los tratamientos psicosociales desempeñan un importante papel en el tratamiento integral de la esquizofrenia, no sólo complementando los efectos del tratamiento psicofarmacológico, sino suplementando estos efectos en áreas donde la medicación en sí misma parece menos efectiva (síntomas negativos, funcionamiento social, ajuste laboral).

Existe una evidencia suficiente que demuestra que las intervenciones familiares (psicoeducativas y de soporte y apoyo en la resolución de problemas) disminuye el riesgo de recaídas. Los estudios más recientes no logran diferencias con respecto al tratamiento estándar tan marcadas como los pioneros, pero esto se ha atribuido a la mejora de los tratamientos actuales tomados como controles.

La terapia cognitivo conductual puede reducir síntomas positivos (delirios y alucinaciones) que han sido resistentes al tratamiento farmacológico. También ha conseguido resultados positivos en la adherencia al tratamiento y en la mejora del *insight* y la actitud hacia los propios síntomas residuales.

A través del entrenamiento en habilidades sociales los pacientes con trastornos mentales severos pueden aprenderse determinadas habilidades que facilitan la competencia social y con ello mejorar su calidad de vida.

Los programas de incorporación precoz al trabajo normalizado con posterior soporte y apoyo permiten una integración laboral más efectiva y duradera en el empleo.

Los programas de gestión de casos y tratamiento intensivo comunitario han demostrado ser modelos efectivos de tratamiento comunitario para los pacientes que sufren trastornos mentales severos. Especialmente han revelado su superioridad en grupos de pacientes graves, con gran consumo de servicios, para reducir el uso del hospital y favorecer la adherencia a los programas de tratamiento.

Son necesarios nuevos estudios que comparen los resultados de los tratamientos psicosociales entre sí y en diferentes grupos de pacientes para saber cuál es más indicado y para qué tipo de pacientes respectivamente.

También se hacen necesarios estudios de comparación de coste-efectividad entre los distintos tipos de intervención y respecto a los tratamientos convencionales.

Finalmente, cabe esperar que la utilización de los nuevos antipsicóticos, tan efectivos como los clásicos, sobre los síntomas positivos y, quizás más, sobre otros

grupos de síntomas (cognitivos, negativos, afectivos, etc.), y sobre todo mejor tolerados y menos tóxicos, podrá facilitar la aplicación y mejorar los resultados obtenidos con todo este conjunto de tratamientos psicosociales.

CONCLUSIONES

La importancia de reconceptualizar la esquizofrenia, como una enfermedad multisintomática y multidimensional, susceptible de un abordaje integral de sus diversos aspectos clínicos, se hace evidente a la luz de las aportaciones que a la investigación y a la clínica se han podido realizar gracias a la aparición de los nuevos antipsicóticos, y a la revolución conceptual que han introducido al ofrecer márgenes de eficacia superior, en campos que han podido pasar desapercibidos en la clínica al no ser susceptibles de mejoría con los antiguos neurolépticos.

Esta nueva reconceptualización debe conducir a plantearse nuevos objetivos en el tratamiento de esta siempre difícil enfermedad, y al igual que los neurolépticos permitieron pasar del objetivo clásico custodial del manicomio tradicional, al más moderno de tipo comunitario (sin que se alcanzase por desgracia el objetivo de resocializar a los pacientes, sí al menos el de resituarlos en el ámbito familiar); así la aparición de los nuevos antipsicóticos permite plantearse como objetivo alcanzable y deseable para la mayoría de los pacientes la recuperación de la funcionalidad.

Por tanto la funcionalidad del paciente esquizofrénico es el resultado de atender al tratamiento no sólo de los síntomas positivos (pero no primarios) de la enfermedad, sino especialmente a otros grupos sintomáticos más trascendentes en cuanto a la repercusión que tienen sobre sus posibilidades de reinserción social. Entre estos síntomas destacan los cognitivos, negativos y afectivos, que han sido extensamente revisados en este artículo, así como tampoco debemos olvidar la trascendencia que para los pacientes tiene el importante capítulo de la tolerancia de los fármacos antipsicóticos, especialmente en sus aspectos sexuales o neurológicos, que a veces suponen una carga añadida más, que limita la recuperación del paciente y ayuda a su estigmatización.

La rehabilitación funcional resulta así posible gracias a la integración de medidas farmacológicas, psicológicas y sociales, que ya no son utópicas sino exigibles en el marco de una atención integral moderna en una sociedad occidental. Los psiquiatras tenemos el deber y el privilegio de exigir a la sociedad los mejores medios para la atención de nuestros pacientes, en igualdad de situación con otras especialidades médicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gold JM, Harvey PD. Cognitive Deficits in Schizophrenia Psychiatric. Clinics of North America 1993;16 (2):295-312.

2. Rund BR. A Review of Longitudinal Studies of Cognitive Functions in Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(3):425-35.
3. Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Lieberman JA. The effect of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophrenia Bull* 1999;25:201-22.
4. Sharma T, Harvey P. *Cognition in Schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies.* Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Sanjuán J. Neuropsicología de las esquizofrenias. Más datos más interrogantes. *Archivos de Neurobiología* 1998;61:257-60.
6. Pickup G, Frith C. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine* 2001;31:207-20.
7. Muesser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry* 1997;5: 123-37.
8. Siris SG. Depression in Schizophrenia: Perspective in the era of «Atypical» antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379-89.
9. Rifkin A, Qitkin F, Klein DE. Akinesia: a poorly recognized drug-induced extrapyramidal behavioral disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:672-4.
10. Rifkin A, Qitkin F, Kane JM, Klein DE. Are prophylactic antiparkinson drugs necessary? *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:483-9.
11. Van Putten T, May PRA. «Akinetic depression» in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1101-7.
12. De Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry* 1993;34:308-11.
13. Judd LL. Mood disorders in schizophrenia: epidemiology and comorbidity. *Journal of clinical Psychiatry* 1998;16:2-4.
14. Bottlender R, Straub A, Moller HJ. Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:153-60.
15. Hafner H, Löffler W, Maurer K, et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;100:105-18.
16. Mauri MC, Bitetto A, Fabiano L, Laini V, Steinhilber C, Fornier M, et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: the effect of four neuroleptic drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23:43-54.
17. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25:157-71.
18. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000;45:47-56.
19. Mousaoui D, el Kadiri M, Agoub M, et al. Depression, suicidal ideation and schizophrenia. *Encephale* 1999;25 Spec No 3:9-11.
20. Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson JL, et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1736-43.
21. Gutiérrez Rodríguez M, García Cabeza I, Sánchez Diaz EI, et al. Depressive experiences in schizophrenia. *Arch Psiquiatr* 2000;63(1):81-92.
22. Muller MJ, Wetzel H, Szegedi A, Benkert O. Three dimensions of depression in patients with acute psychotic disorders: a replication study. *Comprehensive Psychiatry* 1999;40:449-57.
23. Brevion G, Amador X, Smith M, et al. Depression, psychomotor retardation, negative symptoms and memory in schizophrenia. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2000;13:177-83.
24. Siris SG. Depression in Schizophrenia: Perspective in the era of «Atypical» antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379-89.
25. Joseph R. Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia. *Psychiatry* 1999;62:138-72.
26. Heinz A. Anhedonia a general nosology surmounting correlate of a dysfunctional dopaminergic system? *Nervenarzt* 1999;70:391-8.
27. Anónimo. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101(6):452-6.
28. Dollfus S, Rybeire JM, Petit M. Objective and subjective extrapyramidal side effects in schizophrenia: their relationship with negative and depressive symptoms. *Psychopathology* 2000.
29. Gervin M, Browne S, Garavan J, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Dysphoric subjective response to neuroleptics in schizophrenia: relationship to extrapyramidal side effects and symptomatology. *European Psychiatry* 1999;14:405-9.
30. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999;14:264-9.
31. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DE. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2000;26(1):193-200.
32. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Haresty JP, Mintz J. Life events can trigger depressive exacerbation in the early course of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology* 2000;109(1): 139-44.
33. Hoffman H, Kupper Z, Kunz B. Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia - an exploratory study. *Schizophrenia Research* 2000; 43:147-58.
34. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1999;187:721-9.
35. Meltzer HY. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT Study. *International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial. Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60 Suppl 12:47-50.

36. Osby V, Correia N, Brandt L, et al. Mortality and causes of death in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research* 2000;45:21-8.
37. Harvaky-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1276-8.
38. Radomsky Ed, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1590-5.
39. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25:157-71.
40. Saarinen PI, Lehtonen J, Lonnqvist J. Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25:533-42.
41. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. Suicide and life threatening behavior 2000;30:34-9.
42. Levinson DE, Umaphathy C, Musthaq M. Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1138-48.
43. Murray CJL, López AD. The Global Burden of Disease. Geneva: World Health Organization; 1996. p. 270.
44. Hansen TE, Casey DE, Hoffman WF. Neuroleptic Intolerance. *Schizophrenia Bulletin* 1997;23(4):567-82.
45. Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:609-18.
46. Medalia A, Gold J, Merriam A. The effects of neuroleptics on neuropsychological test results of schizophrenics. *Arch Clin Neuropsychol* 1988;3:249-71.
47. Franz M, Lis S, Pluddemann Gallhofer B. Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:422-5.
48. Baldwin DS. Psychotropic drugs and sexual dysfunction. *International Review of Psychiatry* 1995; 7:261-73.
49. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. SSRI-induced sexual dysfunction. Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a prospective, multi-center and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1997;23(3):176-84.
50. Bousoño M, Bascarán MT, Sáiz P, et al. La disfunción sexual como pieza clave en los tratamientos a largo plazo. *Psiquiatría Biológica* 1999;6 Suppl 1:14-20.
51. Merino MJ, García M. Antidepresivos y disfunciones sexuales: biología, clasificación y tratamiento. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995;54:431-42.
52. Lukoff D, Gioia-Hasick D, Sullivan G, Golden JS, Nuechterlein KH. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophr Bull* 1986;12(4):669-77.
53. Chen EY, Lee AS. Neuroleptic induced priapism, hepatotoxicity and subsequent impotence in a patient with depressive psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;157:759-62.
54. Griffith SR, Zil JS. Priapism in a patient receiving antipsychotic therapy. *Psychosomatics* 1984;25(8): 629-31.
55. Mitchell JE, Popkin MK. Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. *Am J Psychiatry* 1982;139(5):633-7.
56. Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch Sex Behav* 1981;10(5):421-42.
57. Jacobs P, Bobek SC. Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspect Psychiatr Care* 1991;27(1): 15-20.
58. Leff. Aiding resocialization of the chronic psychotic patient. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12 Suppl 4:S19-24.
59. Dikson RA, Glaser W. Development of a scale to assess sexual functioning. En: *Antipsychotic Medication and Sexuality*. Program and abstract from the 153 Annual American Association Meeting, May 13-18, 2000. Chicago. Abstract. S35.
60. Montejo AL, et al. Antipsicóticos y Afectación de la Respuesta Sexual. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J, editores. *Psicofármacos y Función Sexual*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999. p. 111-32.
61. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. New York: Robert editorial Kreiger (original work published in 1919). 1971.
62. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press (original work published in 1911). 1950.
63. Johnstone EC, MacMillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ. Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry* 1990;157:182-9.
64. Jonsson H, Nyman AK. Predicting long-term outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;83:342-6.
65. Sullivan G, Marder SR, Liberman RP, Donahoe CP, Mintz J. Social skills and relapse history in outpatient schizophrenics. *Psychiatry* 1990;53:340-5.
66. Bailer J, Braüer W, Rey ER. Premorbid adjustment as predictor of Outcome in schizophrenia: Results of a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996;93:368-77.
67. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:607-17.
68. McGorry, Curry C, Elkins K. Psychosocial interventions in mental health disorders: developing evidence-based practice. *Current Opinion in Psychiatry* 1997;10:173-7.
69. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001;158:163-75.
70. Lehman AF, Carpenter WT Jr, Goldman HH, Steinwachs DM. Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy, and research. *Schizophr Bull* 1995;21:669-75.
71. Fenton WS, Schooler NR. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:1-3.