

# Esquizofrenia temprana

---

*Propuesta de tratamiento  
para un estudio de caso único*



Máster Universitario en  
Psicopatología, Salud y  
Neuropsicología

Departamento de psicología básica, clínica y psicobiología

Presentado por: Rogelio García Jubera

Tutorizado por: Pedro Salmerón Sánchez

Castellón, Julio 2015

---



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	1
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	5
1. Esquizofrenia.....	7
1.1. Concepto .....	7
1.2. Historia de la esquizofrenia.....	7
2. Diagnóstico de la esquizofrenia .....	13
2.1. Sistemas diagnósticos de la actualidad.....	16
2.2. Otros trastornos psicóticos .....	23
2.3. Diagnóstico diferencial.....	28
3. Sintomatología de la esquizofrenia.....	29
3.1. Síntomas positivos .....	29
3.2. Síntomas negativos .....	33
4. Curso evolutivo y etiología de la esquizofrenia .....	37
5. Neuroimagen y esquizofrenia .....	43
6. Evaluación .....	46
6.1. Instrumentos de evaluación para la esquizofrenia .....	49
7. Tratamiento para la esquizofrenia.....	51
7.1. Tratamiento farmacológico.....	51
7.2. Tratamiento psicológico.....	52
8. Adherencia al tratamiento .....	72

**MARCO EMPÍRICO** ..... 78

9. Estudio de caso..... 80

10. Historia clínica ..... 82

11. Informe neuropsicológico ..... 88

12. Intervención terapéutica realizada ..... 90

13. Objetivos terapéuticos ..... 92

14. Propuesta de tratamiento..... 94

**CONCLUSIÓN**..... 105

**BIBLIOGRAFÍA**..... 111

**ANEXOS**..... 115



# PRESENTACIÓN



En el siguiente trabajo, se presenta el estudio de caso clínico de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia que ingresó en la Unidad Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Se ha decidido estructurar la presentación de este caso con los siguientes apartados: marco teórico, marco empírico, conclusión, bibliografía y anexos.

En la primera parte de este trabajo se ha considerado oportuno realizar una introducción histórica, desde la Grecia antigua hasta el siglo XX. Así mismo, se presenta la evolución en el diagnóstico de esquizofrenia descrito en las diferentes ediciones del manual de clasificación diagnóstica del DSM hasta llegar al actual DSM-5 con sus modificaciones vigentes.

En este sentido, se detalla la sintomatología, curso y etiología, así como los instrumentos de evaluación y los tratamientos farmacológicos y psicológicos empíricamente validados. También se incluye una revisión sobre la adherencia al tratamiento, cuyos resultados obtenidos destacan la hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia minimizan su comportamiento y actitud hacia el tratamiento farmacológico.

En la segunda parte del trabajo, se expone el caso clínico estudiado, donde se presenta toda la psicopatología que manifiesta el paciente, su evolución, los talleres que se impartían durante sus ingresos hospitalarios, así como la evaluación neuropsicológica realizada, entre otros aspectos relacionados con su patología. La elaboración del trabajo final de máster se fundamenta en el hecho de que se presenta un caso donde existe una grave pérdida de contacto con la realidad que muestra el paciente en la gran mayoría de situaciones, todo ello como consecuencia de su psicopatología, acompañado de una manifestación de los síntomas de lo más peculiar. La complejidad del caso se pone de manifiesto en aspectos tan esenciales como la edad temprana de aparición del trastorno, la situación familiar que envuelve al paciente, y por la falta de conciencia de enfermedad así como la falta de adherencia al tratamiento.

Por último, se presenta una propuesta de tratamiento cognitivo conductual que se ha elaborado para abordar el presente caso. Con este planteamiento se pretende que el paciente establezca una relación entre pensamientos, emociones, sentimientos y conductas, con sus síntomas y su funcionamiento cotidiano. Para ello, se analizan todos los objetivos que se pretenden trabajar con el paciente; los cuales están orientados a promover la autonomía y autoestima del paciente, así como desarrollar una actitud activa. Alcanzar tales objetivos es el propósito que persigue el tratamiento, por ese motivo se describe detalladamente todos y cada uno de los módulos que preciaría dicha intervención psicológica, que abarca desde la adherencia al tratamiento, hasta la intervención familiar, entre otros. Todo este trabajo se llevaría a cabo desde un dispositivo especializado, donde el psicólogo pueda ejercer el tratamiento propuesto, como en el Hospital de Día, formando parte de un equipo multidisciplinar que es la esencia del tratamiento de este tipo de pacientes.

En conclusión, el estudio de caso que a continuación se presenta, ofrece la posibilidad de analizar un ejemplo de esquizofrenia en la adolescencia, con sus peculiares características, así como la propuesta de un tratamiento cognitivo-conductual basado en la evidencia.





# MARCO TEÓRICO



# 1. ESQUIZOFRENIA

## 1.1. CONCEPTO

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que se caracteriza por un conjunto de varios síntomas, entre los cuales podríamos incluir los delirios y las alucinaciones (los cuales serían los síntomas clásicos de la psicosis), la desorganización del pensamiento, los síntomas deficitarios de la función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje y la motivación, la disminución de la función cognitiva o cambios en el tono muscular y actividad, como el síndrome catatónico, entre otros. La interferencia que causa esta enfermedad en la vida de las personas que la padecen llega a afectar al núcleo familiar también (Weisman, 2005). La prevalencia de esta enfermedad está entre el 0,3 al 0,7% (DSM-V-, 2013).

## 1.2. HISTORIA

Históricamente, la esquizofrenia ha sido conocida como “locura” y siempre ha sido un tema a considerar. Para poder entender qué es la esquizofrenia es muy importante comprender cómo ha ido evolucionando la visión sobre la psicopatología, es decir, de la enfermedad mental. De esta forma será más sencillo comprender por qué podían existir ciertos prejuicios o prácticas de intervención hacia una enfermedad mental de carácter llamativo, tal como un exorcismo, e incluso también podremos comprobar cómo se ha conseguido avanzar e incluso tratar y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Para ello, debemos de tener en cuenta el poder observar cómo las distintas civilizaciones han ido abordando dicha situación, hasta nuestra sociedad actual (Coto, Gómez, & Belloch, 2008). A continuación, se procede a hacer una revisión de la enfermedad mental a lo largo de la historia, para posteriormente desarrollar más ampliamente el concepto de esquizofrenia y todo lo que concierne a esta enfermedad.

### GRECIA Y ROMA

En la antigua Grecia la enfermedad mental y los trastornos que podían padecer las personas de la época tenían una explicación muy sencilla, la posesión demoníaca. La explicación que daban los griegos era que la locura era el resultado de la posesión de seres malignos personificados por diosas, en concreto, por Manía y Lisa, las cuales eran enviadas por los dioses del Olimpo en estado de cólera (Mora, 1982). A su vez, cuando querían tratar e intervenir sobre una persona “poseída” debían acudir al centro médico de la época que eran los templos dedicados al dios de la curación, llamado Esculapio. Dichos centros llegaron incluso a ser lugares donde la población de entonces acudía con frecuencia, eran centros de peregrinación (Ellenberg, 1974). No obstante, y a pesar de la visión de la época que dista de la concepción actual en nuestra sociedad sobre los trastornos mentales, es imprescindible hacer alusión a grandes filósofos de

la época que aportaron parte del conocimiento actual. Encontramos a Alcmeon de Crotona (siglo VI a. C.) que postulaba el hecho de que el cerebro era el origen de la razón y del alma y que la salud consistía en una interacción entre fuerzas internas y externas. También encontramos a Hipócrates conocido como el “Padre de la Medicina”. Hipócrates hizo una gran aportación para la época y fue la de equiparar a los trastornos mentales a los trastornos físicos, esto es, considerar que tales trastornos se debían a causas y procesos naturales. Esto fue una auténtica revolución porque se produce un verdadero cambio de perspectiva al considerar a los trastornos como enfermedades. Hipócrates introdujo un elemento muy importante (entre muchos) dentro del ámbito de las ciencias de la salud y fue la “Teoría de los humores”. En esta teoría Hipócrates hablaba de que la salud de las personas dependía del equilibrio existente entre los cuatro líquidos (humores) que constituyen el organismo, esto es: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Se consideraba que la enfermedad ocurría cuando existía un desequilibrio entre estos “humores” y para tratarlo se debía de ofrecer a la persona enferma algún tipo de droga con una cualidad opuesta al humor que estuviese afectado. Además en esta teoría que Hipócrates presenta, se atribuye a cada humor un tipo de personalidad (aportación realizada por Galeno con su teoría de los cuatro temperamentos), de tal modo que cada persona podía manifestar una personalidad acorde a su humor: sangre (sanguinario), bilis amarilla (colérico), bilis negra (melancólico) y flema (flemático). Obviamente cada una de las distintas personalidades tenía sus características particulares y que se diferenciaban de otro tipo de humor. Hipócrates también llevó a cabo su particular clasificación de las enfermedades mentales en las que se incluían: la epilepsia, la manía (estados de excitación anormal) y la paranoia (deterioro mental extremo). También habló sobre la histeria (la cual sería considerada como enfermedad común en mujeres con ausencia de relaciones sexuales debido al movimiento del útero) considerada como una alteración de carácter físico.

Hipócrates es sin duda un referente necesario cuando hablamos de la civilización griega, pero también encontramos otras figuras de la época tales como Platón (427-347 a. C.) o Aristóteles (384-322 a. C.). Siguiendo la misma línea de estudio de Hipócrates estos autores también aportaron su punto de vista acerca de la enfermedad mental, pero con sus diferencias particulares. Para Platón, el comportamiento humano se regía por la existencia de dos principios, el espíritu y la materia. La naturaleza del hombre estaba constituida por la existencia de dos almas, una racional y otra irracional. El trastorno mental se producía cuando se alteraba la conexión entre éstas dos. Platón defendía el componente místico para su explicación del trastorno mental y en cierto modo enfrentaba a la visión hipocrática que era más naturalista, por ello, hablaba de dos clases de locura: una que era el resultado de la enfermedad, y la otra, que sería el resultado de la intervención divina. Aristóteles también hablaba de las dos almas al igual que Platón, pero consideraba que no podían separarse.

La influencia de Grecia sobre Roma abarcaba muchos aspectos, incluida la ciencia. Los romanos también estudiaron los trastornos mentales, pero parte de sus aportaciones y que más repercusión tuvieron, fue acerca de la visión de la psicopatología en relación con la justicia. Se consideraba a la locura como un atenuante en situaciones delictivas, y todo ello se recogió en un texto “*Corpus Iuris Civilis*”. A partir de este texto elaborado por los romanos, la cultura occidental de la época e incluso de generaciones posteriores se servirían del mismo, para elaborar códigos y tratados legales. Es importante considerar este aspecto, pues en la actualidad las personas que padecen esquizofrenia y que están involucradas en asuntos

legales, pueden recibir un trato específico así como penas ajustadas a su patología. Es importante destacar la figura de Galeno (130-200 d. C), pues a pesar de los años que le separan de Hipócrates continuó con la teoría de los humores, asignando la existencia de tipos de personalidad (mencionado anteriormente).

Por todo esto, podemos comprobar cómo a pesar de que la mentalidad de la época acerca de los trastornos mentales era distinta en muchos aspectos respecto a la de nuestra sociedad actual, hubo grandes aportaciones que marcarían una nueva hoja de ruta para la enfermedad mental.

## EDAD MEDIA

Durante la edad media encontramos la existencia de dos comunidades muy relevantes, árabes y cristianos. Los árabes siguieron parte de los conocimientos que aportaron los griegos. Pero uno de los aspectos más característicos fue el trato del mundo árabe hacia los enfermos mentales. En el libro sagrado de esta comunidad, el *Corán*, se considera que los enfermos mentales han sido elegidos por la gracia divina para decir la verdad, por ello el trato que recibían parte de esos enfermos era de admiración y adoración. Como consecuencia de esa perspectiva de la época, el comportamiento y la actitud de los ciudadanos hacia las personas con trastornos mentales era de carácter humanitario, debían de protegerles y cuidarles y por todo eso se crearon los primeros hospitales y centros de cuidado para personas de estas características, en países como Irak, Egipto, Siria, etc.

En cuanto a los cristianos, también siguieron concibiendo la influencia de la fuerza divina sobre las enfermedades mentales. La Iglesia, era la máxima institución tanto religiosa, como moral e incluso legal de la época. El dilema que existía era si las personas con una conducta desviada de la normalidad, actuaba por influencia de los ángeles o del demonio. Pasó a considerarse la psicopatología como algo maligno y donde las personas enfermas actuaban en contra de su voluntad, bajo el servicio de Satanás en contra de Dios (Belloch, 1993). Por todo ello, como “los poseídos” no eran enfermos mentales, debía de ser la misma Iglesia la que se encargase de resolver esos asuntos. Algunos de los pensadores de la época como Alberto el Grande (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274), consideraron que los trastornos mentales podían ser considerados de origen orgánico, pues el alma al ser un elemento divino, no podría llegar a estar afectada. Incluso describieron cuadros clínicos, estudiaron las alucinaciones, expusieron tratamientos de relajación para los enfermos (sesiones de sueño, baños relajantes, etc.), aunque tampoco descartaban tratamientos más agresivos, y a pesar de todo, tampoco descartaban la influencia del demonio como causante o responsable de la psicopatología que presentaba un enfermo. A pesar de los intentos de estos autores por dar otro punto de vista acerca de las enfermedades mentales, en el siglo XV la Santa Inquisición comienza a establecer ciertos “límites” y a perseguir a los que considera herejes o a todos aquellos que “agredían” el dogma católico. Es relevante también durante esta etapa, la caza de brujas donde más de 100. 000 personas fueron “ajusticiadas” a causa de brujería (Mora, 1982).

## RENACIMIENTO

Durante el renacimiento (siglos XV-XVI), que fue considerada una época de cambios y de culto a la razón, aún existía una fuerte influencia sobre el acto de perseguir brujas y todo lo relacionado con la demonología. A pesar de eso, personalidades como Juan Luis Vives o Paracelso consideraban que el trato que debían de recibir las personas con una psicopatología debía de ser mucho más humanitario y ofrecerles cuidado, y distanciarse de las crueldades típicas de la época, había que considerar a la persona como una persona enferma, y no como un pecador o un asesino. Junto con Vives, otro valenciano que defendió los derechos de los enfermos mentales fue el padre Jofré (1350-1417), el cual creó en el año 1409 la primera institución dedicada al cuidado y al tratamiento de las personas con trastornos mentales. Progresivamente fueron creándose más instituciones de este tipo, pero tampoco hay que descartar que en muchas ocasiones el trato llegara a ser inhumano y actuaban más como cárceles y no como lo que entendemos actualmente por hospital como en el caso del hospital de Bethlem en Londres.

## SIGLOS XVII, XVIII Y XIX

La concepción de la psicopatología como “enfermedad” fue rechazada por algunos, y defendida por otros. Autores como Zilboorg & Henry (1941) explican que la figura de los médicos de la época era la de un verdadero erudito empírico, buen conocedor de libros, pero que no tenía ni idea de la realidad que se vivía en los calabozos y prisiones donde estaban la gran mayoría de enfermos mentales encadenados, con esposas y siendo tratados de la peor forma posible. En el siglo XVII se produjeron grandes avances en cuanto a conocimientos anatómicos y fisiológicos del cuerpo humano, pero la psicopatología, las enfermedades mentales pasaron a un segundo plano. La esquizofrenia seguía siendo en muchos casos tratada como una causa demoníaca. La concepción demonológica que encontramos en la Edad Media, seguía cobrando fuerza en casos documentados como por ejemplo la caza de brujas. No deja de ser impactante que incluso prestigiosos médicos de la época como Willis (1621-1675), el cual fue considerado uno de los mejores neuroanatomistas de la época, tratase a los enfermos mentales dándoles golpes al tratarlos como poseídos, pues hay que recordar la visión religiosa de la época. Willis comenta:

*“Son necesarios la disciplina, las amenazas, los grillos y los golpes tanto como el tratamiento médico...Verdaderamente nada es más necesario y eficaz para la recuperación de estas personas que obligarlas a respetar y a temer la intimidación. Por este método, el espíritu que se contiene por la restricción es inducido a abandonar su arrogancia e ideas rebeldes y pronto se torna manso y ordenado. Por esto los maníacos se recuperan a menudo mucho más pronto si les aplican torturas y tormentos en un cobertizo, en lugar de medicamentos”* (Willis, 1681; citado en Zilboorg & Henry, 1941, p. 256).

No es hasta mediados del siglo XIX cuando en el ámbito de la psicopatología se producirá un estudio más exhaustivo de las enfermedades, no sólo limitándose al estudio de los síntomas y los signos de la enfermedad, sino también al estudio de la etiología, patogenia y evolución.

## SIGLO XX

Repasando las distintas épocas de la historia de la humanidad podemos comprobar cómo la esquizofrenia, y en su conjunto, los trastornos mentales han existido a través de las distintas generaciones, y que la intervención y el conocimiento sobre todos ellos, han ido evolucionando. Pero es en el siglo XX cuando se produce una auténtica revolución en toda la psicología y en este caso, en la esquizofrenia.

El autor que ofreció grandes avances en el conocimiento de la esquizofrenia y considerado como “definidor” del trastorno, fue Kraepelin (1856-1926). En los estudios que llevó a cabo, realizó una distinción entre las *psicosis orgánicas* (Enfermedad de Alzheimer), de aquellos trastornos que aparecían a una edad mucho más temprana con una sintomatología delirante y afectiva, pero que tenía un curso crónico y a su vez deteriorante, a lo cual llamó *dementia praecox* la cual era considerada como una *psicosis funcional*. Kraepelin decía lo siguiente respecto a la demencia precoz:

«Con el nombre de demencia precoz séanos permitido reunir provisionalmente una serie de cuadros morbosos, cuya característica común consiste en un estado de debilidad especial. Parece que esta terminación desfavorable no tenga que presentarse siempre y sin excepción, pero de todas maneras es tan frecuente que mientras no se consiga un esclarecimiento mayor de los problemas clínicos, debemos continuar usando esta descripción. Quizá otras denominaciones resultasen preferibles tales como la de “demencia primitiva” de los italianos o la de “dementia simplex” de Rieger» (citado por López Ibor, 1949)

De este modo encontramos una de las primeras conceptualizaciones sobre la esquizofrenia de inicios del siglo XX. Siguiendo esa misma línea, Kraepelin diferenciaba la *dementia praecox* de la *psicosis maníaco-depresiva*, es decir, la esquizofrenia del trastorno bipolar, siendo la psicosis maníaco-depresiva de un carácter más intermitente y con una clínica afectiva mucho más perceptible. Además Kraepelin también hace alusión a la sintomatología de la *dementia praecox* donde habla de la existencia de alteraciones del pensamiento, alteración de la atención, alteraciones emocionales, negativismo, conductas estereotipadas y alucinaciones. Debido a la variabilidad de síntomas propuestos por Kraepelin para la esquizofrenia, estableció tres subcategorías: tipo paranoide (donde predominan las ideas delirantes); el tipo catatónico (presencia de síntomas psicomotores como la catalepsia o estupor); y el tipo hebefrénico, con predominio de trastornos afectivos (aplanamiento, incongruencia, ambivalencia) y conductuales. Tras kraepelin, encontramos otra figura muy importante en la historia de la esquizofrenia: Eugen Bleuler (1857-1939). Este autor, fue quien pasó de llamar a la *dementia praecox* a lo que actualmente seguimos llamando *esquizofrenia*. Bleuler estableció una división de la sintomatología en dos grupos: los síntomas fundamentales; que serían el aplanamiento afectivo, pensamiento peculiar y distorsionado, abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual; y por otra parte el grupo de los síntomas “accesorios” donde estarían las alucinaciones y los delirios. El hecho de que los llamase accesorios era porque también podían aparecer y estar presentes en otros trastornos como en la psicosis maníaco-depresiva. Bleuler concebía a la esquizofrenia como un conjunto de trastornos, por ello hizo mención a este aspecto como *grupo de las esquizofrenias*.



## 2. DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Como hemos visto, el siglo XX fue muy importante para comprender mejor las diversas patologías que a lo largo de la historia habían existido. Ahora el problema que se planteaba consistía en poder llevar a cabo un diagnóstico que permitiese una adecuada intervención sobre la problemática. Para ello, comenzaron a elaborarse instrumentos de diagnóstico estandarizados tales como: el cuestionario estructurado Present State Examination (PSE) junto con un programa informatizado CATEGO (Hare & Wing, 1970; Wing et al., 1974; Wing & Nixon, 1975), de tal forma que se pudiese disponer de una descripción estándar tanto de los síntomas como de la definición de los trastornos a nivel internacional. Una vez comenzaron a usarse estos instrumentos, la práctica demostró que las entrevistas que se realizaban a los pacientes quedaban incompletas. Por esta razón, los autores de la época trataron de sistematizar el diagnóstico de la esquizofrenia (véase tabla 1) haciendo uso de una nueva clasificación. Kurt Schneider (1959) estableció una clasificación de los síntomas de la esquizofrenia constituida por: los *síntomas de primer rango* y los *síntomas de segundo grado*:

**Tabla 1. Criterios diagnósticos según Kurt Schneider**

### **Síntomas de primer grado**

- *Pensamiento sonoro*
- *Voces que discuten*
- *Experiencias de pasividad somática*
- *Influencia, imposición y robo de pensamiento*
- *Transmisión de pensamiento*
- *Percepciones delirantes*
- *Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos*

### **Síntomas de segundo grado**

- *Otros trastornos de la percepción*
- *Ideas delirantes súbitas*
- *Perplejidad*
- *Cambios depresivos o eufóricos*
- *Sentimientos de empobrecimiento emocional*
- *Otros*

Otros psiquiatras de la época comenzaron a desarrollar criterios diagnósticos más estrictos. Así pues, encontramos a un grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington dando lugar a los criterios de St. Louis (Feighner, Robins, Gruze, Woodruff, Winokur & cols., 1972) los cuales incluían aspectos relacionados con la duración de los síntomas (al menos seis meses) o la presencia de síntomas psicóticos (síntomas de primer rango descritos por Scheiner). Estos criterios sirvieron a Spitzer, Endicott & Robins (1978) para elaborar su clasificación de síntomas para el diagnóstico a la cual llamarían *Research Diagnostic Criteria (RDC)*. A continuación se muestra en la Tabla 2 los criterios RDC:

**Tabla 2. Criterios RDC para el diagnóstico de la esquizofrenia (Spitzer et al., 1978)**

Deben cumplirse los criterios A, B y C para poder catalogar el episodio		
A	B	C
<p>Durante la fase activa de la enfermedad, se hallan por lo menos dos de las siguientes características clínicas, para su diagnóstico definitivo, y una para el probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Difusión, inserción o robo del pensamiento.</li> <li>-Ideas delirantes de influencia o controlabilidad, u otros delirios bizarros, o bien ideaciones delirantes múltiples.</li> <li>-Ideas delirantes de tipo somático, religioso, nihilista, de grandiosidad u otras sin contenido persecutorio o celotípico, una duración mínima de una semana.</li> <li>-Ideas delirantes de cualquier tipo, si se acompañan de fenómenos alucinatorios y duran por lo menos una semana.</li> <li>-Alucinaciones auditivas en las cuales se comentan las conductas o pensamientos del sujeto, o bien dos o más voces dialogan entre ellas.</li> <li>-Alucinaciones verbales no afectivas que se dirigen al sujeto.</li> <li>-Alucinaciones de cualquier tipo, presentes a lo largo del día durante varios días, o intermitentemente durante al menos un mes.</li> <li>-Trastornos formales del pensamiento y que se acompañan de un afecto aplanado o inapropiado, ideas delirantes, alucinaciones de cualquier tipo, o una conducta gravemente desorganizada.</li> </ul>	<p>Los signos de la enfermedad permanecen, durante dos semanas por lo menos, desde el inicio de un evidente cambio de la condición usual del sujeto. (Los actuales signos de la enfermedad pueden no cumplir los criterios definidos en A, y puede tratarse únicamente de síntomas residuales, tales como el retraimiento social, embotamiento afectivo o inapropiado, leves trastornos formales del pensamiento e ideas o percepciones anómalas.</p>	<p>En ningún momento del período activo de la enfermedad (con delirios, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento, conductas bizarras, etc) el sujeto cumple totalmente los criterios para un síndrome maníaco o depresivo ya sea probable o definitivo.</p>

### Síntomas positivos y síntomas negativos

Al hablar de diagnóstico de la esquizofrenia encontramos múltiples síntomas, los cuales se han ido agrupando en dos grandes bloques, los síntomas positivos y negativos. Poder hablar de estos dos términos tiene un recorrido que a continuación se explicará.

Kraepelin (1856-1926) y Bleuler (1857-1939) ya hablaban sobre la necesidad de distinguir los síntomas de la esquizofrenia. Para estos autores existían dos clases de síntomas que se caracterizaban por la alteración de diversas funciones, y aunque no utilizó el término “

positivo” o “negativo”, describió en su obra *Dementia praecox and paraphrenia* alteraciones que producía la enfermedad a nivel de: la percepción, la memoria, la atención, el lenguaje, el pensamiento, el afecto, la psicomotricidad, los delirios y las alucinaciones, etc. Bleuler (1908) sí que estableció una división más explícita hablando de síntomas accesorios y síntomas fundamentales.

Carpenter et al. (1973) hicieron una división de los síntomas positivos y negativos de forma que:

- **Síntomas positivos:** Trastornos del contenido del pensamiento y de la percepción, conductas (catatonía), trastornos del pensamiento.
- **Síntomas negativos:** Apatía, aplanamiento afectivo, y aspectos formales del pensamiento.

Wing (1978), psiquiatra británico, habla de la existencia de unos síntomas “ floridos”, “positivos “ o “productivos” que harían acto de presencia en episodios agudos de la enfermedad; y síntomas negativos que él denomina como “ apatía emocional”, “enlentecimiento del pensamiento y del movimiento”, “pobreza del lenguaje” y “retraimiento social”. Para Wing existen tres grupos de síntomas: el síndrome positivo que aparecería en fases agudas de la enfermedad, el síndrome negativo que aparece de forma crónica y el tercer síndrome que está compuesto por síntomas positivos y negativos.

Crow (1980) fue quien consideró de forma definitiva la necesidad de establecer la distinción en síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia y fue quien formuló la primera tipología de la enfermedad. La hipótesis de la dopamina, y los estudios en Tomografía Axial Computerizada (TAC) llevó a este autor a hablar de 2 síndromes de esquizofrenia que se diferenciaban en, esquizofrenia tipo I y tipo II.

- **Esquizofrénicos tipo I:** Este tipo de pacientes presentarían una sintomatología positiva, los cuales tienen una mejor respuesta a los fármacos neurolépticos y cuyo proceso patológico es neuroquímico.
- **Esquizofrénicos tipo II:** Presentan sintomatología negativa, tienen peor pronóstico y alteraciones cognitivas significativas. El proceso patológico está determinado por alteraciones cerebrales.

A continuación en la Tabla 3 se muestra las aportaciones de Crow (1980):

Tabla 3. Tipología de Crow. Primera propuesta (1980) y aportaciones posteriores(1985, 1987).		
PRIMERA PROPUESTA (CROW, 1980)	TIPO I	TIPO II
Síntomas característicos	Alucinaciones Delirios	Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje

	Trastornos del pensamiento (Síntomas positivos)	Pérdida del impulso (Síntomas negativos)
Tipo de enfermedad en la que aparecen más frecuentemente	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estados detectuales
Respuesta a los neurolépticos	Buena	Pobre
Pronóstico	Reversible	¿Irreversible?
Proceso patológico postulado	Incremento receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular
<b>APORTACIONES AL MODELO CROW (1985)</b>	<b>TIPO I</b>	<b>TIPO II</b>
Déficit neuropsicológico	Ausente	Presente algunas veces
Movimientos involuntarios	Ausente	Presente algunas veces
Proceso patológico postulado	Incremento receptores dopaminérgicos D2	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámpico
<b>APORTACIONES AL MODELO (CROW, 1987)</b>	<b>TIPO I</b>	<b>TIPO II</b>
Cambios neuropatológicos	Incremento receptores D2 ¿Aumento de VIP en amígdala?	Pérdida celular en el lóbulo temporal, incluyendo células del giro parahipocámpico, células de Cck y somatostatina en el hipocampo
Posibles correlatos neuroendocrinos	¿Baja respuesta gonadotrofica?	Respuesta GH aplanada a la apomorfinina

## 2.1. SISTEMAS DIAGNÓSTICOS DE LA ACTUALIDAD

Como hemos podido comprobar a lo largo del siglo XX aparecen los primeros sistemas de clasificación, pero no es hasta finales del siglo cuando aparecen los diagnósticos más precisos y universales los cuales serían presentados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) los cuales irán presentando revisiones y a su vez modificaciones.

### DSM- III & DSM-III-R / AÑO 1980 Y 1987

La influencia de Kraepelin en la psiquiatría europea, y la de Bleuler y los psicoanalistas en la americana, podría explicar que las definiciones de los manuales diagnósticos DSM -I y DSM-II sean algo confusas. Con el paso de los años y la influencia de la psiquiatría biológica hubo

cambios significativos. Los criterios que aparecen en el DSM-III y posteriormente en el DSM-III-R marcarán un nuevo sistema de diagnóstico y clasificación del espectro de la esquizofrenia no sólo en Estados Unidos sino también a nivel internacional. Los criterios establecidos para el diagnóstico de la esquizofrenia, estuvieron influenciados por el contexto particular que existía en Estados Unidos en la década de los setenta, con programas de investigación y desarrollo clínico. Por un lado, se desestimó para el diagnóstico aquellas manifestaciones psicopatológicas no psicóticas, esto es, autismo, ambivalencia o embotamiento afectivo. Por otro lado, se reconoció la importancia de que los trastornos afectivos podrían presentar sintomatología psicótica, pero que era imprescindible realizar un diagnóstico diferencial. El DSM-III considera que los delirios, las alucinaciones y los trastornos del pensamiento son muy importantes para realizar el diagnóstico, y que la presencia de únicamente síntomas negativos no sería motivo para diagnosticar de esquizofrenia.

Otro de los criterios que incluye el DSM-III es que el paciente enfermo sufre algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento, y en otro criterio se excluye directamente a paciente que presenten clínica afectiva completa. En el aspecto temporal, se excluyen los episodios psicóticos breves pues algunos síntomas deben de estar presentes durante 6 meses como mínimo. Para finalizar, se excluyen también a aquellos pacientes que muestren un factor de tipo "orgánico" que inicie o mantenga el trastorno, como la ingesta de drogas o como consecuencia de alguna lesión. En la revisión realizada a este manual, DSM-III-R se llevaron a cabo escasas modificaciones, como establecer una división más evidente entre el concepto de esquizofrenia y trastorno delirante y también consolidar el hecho de poder subdividir la esquizofrenia en varios tipos. A continuación se muestra en la tabla 4 los criterios diagnósticos del DSM-III-TR.

**Tabla 4. Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 1987)**

<p><b>A. Constatar la presencia de los síntomas psicóticos característicos de la fase activa:</b></p> <p>a) Que se expresan en el apartado 1), 2), y 3) durante una semana de tiempo como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados bien, que entonces sus características y duración sería diferente):</p> <p>1) Debemos encontrar en este grupo dos síntomas cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ideas delirantes.</li> <li>-Alucinaciones predominantes a lo largo de todo el día durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas semanas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a breves momentos.</li> <li>-Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa.</li> <li>-Conducta catatónica.</li> <li>-Afectividad embotada o claramente inapropiada-</li> </ul> <p>2) Ideas delirantes extrañas (fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta, etc).</p> <p>3) Alucinaciones presentes a lo largo de todo el día y todos los días o bien semanas y no que no se manifiesten aisladamente y durante breves momentos; de una voz con contenido que aparentemente no tiene relación con la que a veces se aprecia en los estados de depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.</p>
<p><b>B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral, escolar o académica, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración o bien el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar.</b></p>
<p><b>C. A nivel psicopatológico debe descartarse la presencia de trastornos esquizoafectivos y "distimias" con síntomas psicóticos (por ejemplo, comprobando si a lo largo del periodo de estado ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maníaco, o si la duración global de todos los episodios, como ocurre en las distimias, ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de</b></p>

la fase residual de la alteración.
------------------------------------

D. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo.
--

Todo los avances que permitieron realizar tales descripciones mejoraron el proceso del diagnóstico, a pesar de ello, se encuentran algunos puntos débiles que no se tuvieron en cuenta:

- A pesar de que las afirmaciones pretenden abarcar y hacer más comprensible el trastorno, es cierto que la esquizofrenia continua siendo un trastorno que incluye aspectos patológicos desconocidos.
- El hecho de hacer énfasis a los síntomas positivos (alucinaciones y delirios fundamentalmente) y obviar en cierto modo a los síntomas negativos, no permite contemplar la problemática real que pueden estar atravesando algunos de los pacientes como la calidad de sus relaciones interpersonales, sus capacidades en el ámbito laboral, es decir, su calidad de vida.
- Todos aquellos trastornos psicopáticos que se parecen a la esquizofrenia (trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, psicosis atípica, psicosis reactiva breve) se excluyen de una forma que no termina de ser del todo adecuada, y pasan a formar parte de *trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados* donde no se presta demasiada atención.

### **CIE -10 / AÑO 1992**

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992) considera que existe una cierta dificultad para la clasificación de los trastornos psicóticos. Se habla sobre la esquizofrenia como uno de los trastornos mentales más importantes y señala que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por: presencia de *“distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación.”* A continuación en la tabla 5 se detallan los criterios diagnósticos según la CIE-10.

**Tabla 5. Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (OMS, 1992)**

- |   |
|---|
| <p>A. Presencia de al menos uno de los síntomas y signos que aparecen relacionados con la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en 2 que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte de tiempo durante un período de un mes o más.</p> <p>1. Al menos uno de los siguientes:</p> <p>a) Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento.</p> <p>b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.</p> <p>c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.</p> <p>d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en la comunicación con seres de otros mundos).</p> <p>2. O al menos dos de los siguientes síntomas:</p> |
|---|

- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diaria, durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interruccioness o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

Al evaluar la presencia de estas experiencias subjetivas anormales y comportamientos, se debe poner cuidado especial para evitar la evaluación de falsos positivos, especialmente ante la presencia de modos de expresión y comportamientos influidos culturalmente o subculturalmente o por un nivel interior de inteligencia.

B. El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia.

C. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o una abstinencia a las mismas.

Como vemos, para realizar el diagnóstico deben cumplirse una serie de requisitos, respecto a tiempo y síntomas. Aquellos cuadros de duración menor a un mes (habiendo sido tratados o no) se diagnosticarán como “trastorno esquizofreniforme agudo”, y si se cronifican pueden ser clasificados como esquizofrenia. Y en el caso de pacientes que muestren sintomatología afectiva (depresivo, maníacos) sólo serán diagnosticados si los síntomas esquizofrénicos son anteriores a esos últimos. La CIE -10, establece además diversos cursos en la evolución de la enfermedad y establece la existencia de 9 subtipos, lo que permite una mayor flexibilidad al clínico para realizar el diagnóstico. Pero, eso no implica que exista una mayor fiabilidad, sino más bien lo contrario.

#### **DSM-IV & DSM-IV-TR / AÑO 1994 Y 2000**

Las limitaciones que ofrecían las antiguas versiones del manual diagnóstico DSM, se tradujeron en nuevos criterios. Algunos de los aspectos que se desarrollaron en el DSM-IV fueron aquellos relacionados con el factor temporal, la duración que requieren los síntomas, considerar los síntomas prodrómicos y residuales, o establecer cuál a de ser el tiempo total de duración de todo el cuadro para poder establecer el diagnóstico definitivo de la esquizofrenia e incluso considerar la existencia de otros trastornos (Keith & Mathews, 1991). Con los cambios que se introdujeron se pretendía crear un nuevo conjunto de criterios diagnósticos más fiables y válidos que pudiesen abordar mejor los síntomas presentados haciendo énfasis en la duración y simplificando los criterios. En la revisión realizada en el DSM-IV-R no hay ninguna modificación en relación a la esquizofrenia para llevar a cabo el diagnóstico. La esquizofrenia aparece en un apartado del manual llamado “*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”. A continuación se muestra la tabla 6 donde se especifican los criterios según el DSM-IV-TR.

**Tabla 6. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 2000)**

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes, (2)

alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamiento frecuentes o incoherencia, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos.  
 \*Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. **Disfunción social/laboral:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. **Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista de criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. **Exclusión de los trastornos esquizoaectivo y del estado de ánimo:** El trastorno esquizoaectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: (1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o (2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- E. **Exclusión de consumo de sustancia y de enfermedad médica.** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. **Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.** Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

**Clasificación del curso longitudinal:**

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados); especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único con remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total.

Otro patrón o no especificado.

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Debido a la pluralidad de síntomas que se presentan en la esquizofrenia, las diferencias en el curso y evolución, entre otros, se consideró oportuna la necesidad de elaborar subtipos de esquizofrenia. Kraepelin (como hemos visto anteriormente) ya estableció tres subtipos, dentro de la *dementia praecox*. Bleuler (1857-1939) siguió en la misma línea de Kraepelin (1856-1926), y rechaza en todo momento que la esquizofrenia sea considerada como una entidad única. Añadió el concepto de esquizofrenia simple, donde existiría una pérdida de la iniciativa, falta de voluntad y empobrecimiento afectivo. En el DSM -IV-TR se mantienen los subtipos establecidos por Kraepelin, *catatónico*, *paranoide* y *hebefrénico*, siendo éste último sustituido por el término “desorganizado” y se añaden otros. A continuación se detallan en la tabla 7 los subtipos de la esquizofrenia que se recogen el manual diagnóstico DSM-IV-TR:



**Tabla 7. Subtipos de esquizofrenia. Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000)**

<p><b>Tipo paranoide</b></p> <p>A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.</p> <p>B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.</p>
<p><b>Tipo desorganizado</b></p> <p>A. Predominan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lenguaje desorganizado.</li> <li>2) Comportamiento desorganizado.</li> <li>3) Afectividad aplanada o inapropiada</li> </ol> <p>B. No se reúnen los criterios para el tipo catatónico.</p>
<p><b>Tipo catatónico</b></p> <p>Un tipo de esquizofrenia en que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.</li> <li>2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).</li> <li>3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.</li> <li>4) Peculiaridad del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras e inapropiadas), movimientos estereotipadas, manierismos marcados o muecas llamativas.</li> <li>5) Ecolalia o ecopraxia.</li> </ol>
<p><b>Tipo indiferenciado</b></p> <p>La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.</p>
<p><b>Tipo residual</b></p> <p>Un tipo de esquizofrenia en el que se deben cumplir los siguientes criterios:</p> <p>A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.</p> <p>B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como la indica la presencia de síntomas negativos, o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>

### **DSM-5 / AÑO 2013**

La clasificación de la esquizofrenia en diversos subtipos ha formado parte del manual diagnóstico DSM, pero con el DSM-5 esto ya no será así. Se considera que tienen una limitada estabilidad diagnóstica, una baja fiabilidad y también una baja validez (Peralta & Cuesta, 2003). Además, en referencia a la utilidad de los subtipos que se usaban, hay evidencia de que menos del cinco por ciento de las publicaciones científicas sobre esta enfermedad tienen como objetivo comparar los distintos subtipos en relación la variable de estudio (Braff, Ryan, Rissling, & Carpenter, 2013). La esquizofrenia se sitúa en el DSM-5 en el apartado llamado “*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”. Uno de los cambios más significativos que introduce el nuevo manual diagnóstico es la eliminación de los distintos subtipos de esquizofrenia, cuyo objetivo es el de crear mayor estabilidad diagnóstica. La catatonía que antes era un subtipo de esquizofrenia, es considerada en el DSM-5 como especificador de diversos trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia) y trastornos del estado de ánimo. Con el DSM-5 para poder diagnosticar esquizofrenia hay que valorar cinco agrupaciones sintomáticas: las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, el comportamiento motor alterado o anormal y los síntomas negativos. Además se debe especificar la severidad o la duración de los síntomas y la esquizofrenia pasa a ser considerada una entidad dimensional, donde la dimensión cognitiva y afectiva forman parte del trastorno.

Respecto a los criterios, encontramos que ha habido dos cambios en el criterio A. En primer lugar, el DSM-IV-TR indicaba la necesidad de existir al menos un síntoma si las ideas delirantes eran extrañas o si existían alucinaciones, mientras que en el DSM-5 se necesitan como mínimo dos síntomas del criterio A, en vez de uno, a causa de la no especificidad de los síntomas y a la baja fiabilidad de la distinción entre delirios extraños de los que no son considerados como tal. Y segundo, se añade un requisito al criterio A, el individuo debe tener al menos uno de los siguientes tres síntomas: delirios, alucinaciones y habla desorganizada. A continuación se detalla en la tabla 8 los criterios según el DSM-5.

**Tabla 8. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 2013)**

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):**
1. Delirios.
  2. Alucinaciones.
  3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).**
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).**
- D. Se han descartado el trastorno esquizoaectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.**
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos psicológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.**
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).**
- Especificar si:**
- Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizan después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.
- Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total.** Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente un episodio agudo:** Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.**
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.**
- Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado.**

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave)

Nota: el diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

## 2.2. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Otro de los aspectos a considerar es la existencia de otros trastornos psicóticos, a continuación se detallan en la tabla 9:

**Tabla 9. Otros trastornos psicóticos. Categorías diagnósticas y criterios del DSM-V (2013)**

### Trastorno esquizofreniforme

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2), o (3):
1. Delirios.
  2. Alucinaciones.
  3. Discurso desorganizado.
  4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos.

B. Un episodio del trastorno dura al menos un mes, pero menos de seis meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la recuperación, se calificará como "provisional").

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica.

Especificar si:

-Sin características de buen pronóstico

-Con características de buen pronóstico; Este especificador requiere la presencia de dos o más de las siguientes características: aparición de síntomas psicóticos notables en las primeras cuatro semanas después del primer cambio apreciable del comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad; y ausencia de afecto embotado o plano.

*Especificar si:*

Con catatonía

*Especificar gravedad.*

### Trastorno esquizoafectivo

A. Un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de la fase activa y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar si:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo bipolar</li> <li>- Tipo depresivo.</li> </ul> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con catatonia</li> </ul> <p>Especificar curso</p> <p>Especificar gravedad</p>
<p><b>Trastorno delirante</b></p> <p>A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.</p> <p>B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).</p> <p>C. Aparte del impacto del delirio (s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.</p> <p>D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.</p> <p>E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) a una enfermedad médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.</p> <p><b>Especificar tipo</b> (se asignan los siguientes tipos según el tema delirante que predomine):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona está enamorada del individuo.</li> <li>- Tipo de grandeza: Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.</li> <li>- Tipo celotípico: Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.</li> <li>- Tipo persecutorio: Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que se está conspirando en su contra, o que le engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.</li> <li>- Tipo somático: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.</li> <li>- Tipo somático: Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.</li> <li>- Tipo mixto: Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.</li> </ul> <p>Tipo no especificado: Ese subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante).</p> <p><b>Especificar si:</b></p> <p>Con contenido extravagante: Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sin dejar heridas ni cicatrices).</p> <p><b>Especificar si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los especificadores de evolución siguientes sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno:</li> <li>- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.</li> <li>- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.</li> <li>- Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es un período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.</li> <li>- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.</li> <li>- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.</li> <li>- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.</li> <li>- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral que son muy breves en comparación con el curso global.</li> <li>- No especificado.</li> </ul> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis</p>

que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

**Nota:** El diagnóstico de trastorno delirante se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

#### Trastorno psicótico breve

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

- 1) Delirios;
- 2) Alucinaciones;
- 3) Discurso desorganizado (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente).
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

**Nota:** No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo de la enfermedad.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

#### Especificar si:

- Con factor (es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve); Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.
- Sin factores(es) de estrés notable (s): Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.
- Con inicio postparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto.

#### Especificar si:

- Con catatonía
- Especificar la gravedad actual.

#### Trastorno psicótico compartido

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) o persona (s) que ya tienen una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (por ejemplo, esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

#### Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- 1) Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
- 2) Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
- 3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
- 4) Pensamientos y discurso extraño (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
- 5) Susplicia o ideas paranoides.
- 6) Afecto inapropiado limitado.
- 7) Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
- 8) No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
- 9) Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo.

**Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos**

- A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes:
1. Delirios.
  2. Alucinaciones.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):
1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  2. La sustancia/ medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente:  
Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/ medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

**Trastorno psicótico debido a otra afección médica**

- A. Alucinaciones o delirios destacados.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Especificar si:
- Con delirios.
  - Con alucinaciones.
- Especificar la gravedad actual.

**Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)**

- A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
  2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
  3. Flexibilidad cética (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
  4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
  5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
  6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
  7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
  8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
  9. Agitación, no influida por estímulos externos.
  10. Muecas.
  11. Ecolalia (imitación del habla de otra persona).
  12. Ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona).

**Trastorno catatónico debido a otra afección médica**

- A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
  2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
  3. Flexibilidad cética (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
  4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
  5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
  6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la

<p>gravedad).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).</li> <li>8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).</li> <li>9. Agitación, no influida por estímulos externos.</li> <li>10. Muecas.</li> <li>11. Ecolalia (imitación del habla de otra persona).</li> <li>12. Ecopraxia (imitación de los movimientos de otras personas).</li> </ol> <p>B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.</p> <p>D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p><b>Catatonía no especificada</b></p> <p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de catatonía causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumplen todos los criterios de catatonía o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.</p>
<p><b>Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico.</b></p> <p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría de otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Esto se hace registrando "otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico" y a continuación el motivo específico. Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alucinaciones auditivas persistentes que se producen en ausencia de cualquier otra característica.</li> <li>2. Delirios con episodios importantes del estado de ánimo superpuestos: Incluye delirios persistentes con períodos de episodios del estado de ánimo superpuestos que estén presentes durante una parte importante del trastorno delirante (de tal manera que no se cumple el criterio que estipula sólo una alteración breve del estado de ánimo en el trastorno delirante).</li> <li>3. Síndrome de psicosis atenuado: Este síndrome se caracteriza por presentar síntomas parecidos a los psicóticos que están por debajo del umbral de la psicosis establecida.</li> <li>4. Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante: En el contexto de una relación, el material delirante del miembro dominante de la pareja proporciona el contenido para la creencia delirante del individuo que, de otro modo, puede cumplir totalmente los criterios de trastorno delirante.</li> </ol>
<p><b>Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico</b></p> <p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.</p>

### 2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia está compuesto por varios trastornos que son susceptibles de ser confundidos con ésta, por el hecho de que uno de los síntomas principales en la esquizofrenia son las alucinaciones y los delirios, síntomas que pueden aparecer en un amplio número de trastornos. A continuación se describen los trastornos con los que se realizará el diagnóstico diferencial:

- **Espectro del trastorno esquizofrénico:** debido al malestar que puede padecer un paciente esquizofrénico, se pueden dar casos en los que manifieste un estado de ánimo disfórico, o que se encuentre triste, por ello habría que establecer un diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo. En la esquizofrenia los síntomas anímicos son más breves y de menor intensidad que en el esquizoafectivo. En el trastorno esquizofreniforme el criterio que determina la diferencia sobre la esquizofrenia es el temporal, y que no existe deterioro en la actividad del paciente, como sí sucede con la esquizofrenia. El trastorno psicótico breve se diferencia de la esquizofrenia básicamente por criterios temporales, a pesar de existir síntomas idénticos. En el trastorno delirante las ideas delirantes tienen un origen diferente a la esquizofrenia y no hay presencia de todos los síntomas que se dan en la esquizofrenia.
- **Trastornos del estado de ánimo:** en trastornos como la depresión o en el trastorno bipolar, pueden existir episodios psicóticos, por lo que también se debería realizar el diferencial con estos trastornos.
- **Enfermedad médica:** Encontramos que en determinadas enfermedades pueden darse síntomas psicóticos, tales como la demencia o un tumor cerebral, por ello también habría que diferenciarlo de la esquizofrenia.
- **Causas orgánicas:** entre las causas orgánicas que pueden inducir un estado psicótico con características similares a la esquizofrenia, se encuentra el consumo de sustancias, tales como las drogas de abuso, medicamentos, etc. Este tipo de psicosis serían psicosis tóxicas.
- **Trastornos generalizados del desarrollo:** los trastornos del desarrollo suelen tener afectadas áreas como el lenguaje o el contacto interpersonal, que también pueden darse en esquizofrénicos, pero estos trastornos suelen iniciarse a una edad más temprana que la esquizofrenia.
- **Trastornos de personalidad:** determinados síntomas de trastornos de personalidad como el esquizotípico o esquizoide pueden dar a confusión con la esquizofrenia, pero nunca llegarán a generar tanta interferencia como lo hace la esquizofrenia.



### 3. SÍNTOMATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Tras haber realizado un análisis de cómo se ha ido diagnosticando la esquizofrenia a través del tiempo, y de cómo los distintos manuales han ido estableciendo su particular punto de vista, se detalla a continuación todos los conceptos relacionados con el diagnóstico de la esquizofrenia. Como observamos, la psicopatología que se presenta puede ser muy variada pudiendo existir pacientes esquizofrénicos muy diferentes entre sí en cuanto al contenido de su patología. Además, los síntomas que se muestran a continuación pueden estar presentes en otros trastornos, pero aquí serán explicados desde un punto de vista relacionado con la esquizofrenia y con este perfil de pacientes. Se detalla a continuación los síntomas positivos y los síntomas negativos típicos de la esquizofrenia (Coto et al., 2008).

#### 3.1. SÍNTOMAS POSITIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas positivos afectan principalmente a: el pensamiento, la percepción, y a la conducta.

##### *Alteraciones del pensamiento: Contenido del pensamiento.*

###### Ideas delirantes

Los delirios son uno de los síntomas más característicos del espectro esquizofrénico, y también una experiencia estresante tanto para el paciente como para su entorno (Moutoussis, Williams, Dayan & Bentall, 2007).

- **Delirio de persecución:** Las personas que padecen este tipo de delirio, creen que continuamente se está conspirando en contra de ellos, o incluso que son perseguidos. Pueden manifestar abiertamente que alguien les registra la habitación, que su teléfono está siendo espiado, que la policía, vecinos, etc., le están acosando. A veces, los delirios son aislados, pero en ocasiones el paciente tiene un amplio y complejo sistema de delirios donde se incluyen varias formas de persecución como la creencia de una conspiración en su contra.
- **Delirio de culpa o de pecado:** El paciente considera que ha cometido un acto que es imperdonable. Puede preocuparse de forma inadecuada por aspectos como haberse masturbado de pequeño. Otras veces, el paciente se considera responsable por haber propiciado algún desastre, algún accidente como un incendio, cuando en realidad no tiene ninguna conexión con el acto. En pacientes religiosos existe un matiz, pues como se considera que el pecado es imperdonable, debe de sufrir un castigo por parte de la sociedad, por ello, el paciente puede pasar mucho tiempo confesando sus “pecados” a quien esté dispuesto a escucharle.
- **Delirio de grandeza:** El paciente considera que tiene poderes o habilidades especiales. Puede llegar a pensar que es una celebridad, desde un cantante de pop hasta Hitler. Puede creer que está elaborando algo muy especial, como un libro o una canción. Es

común que el paciente considere que existe alguien que quiere arrebatarse su talento, y puede manifestar cierta irritabilidad si alguien dudase de su capacidad.

- **Delirio religioso:** El paciente se sentiría muy preocupado por creencias falsas de carácter religioso. Dentro de esas creencias encontramos desde la llegada del Anticristo, posesión demoníaca, etc. También pueden hacer alusión a religiones orientales, ideas sobre reencarnación, etc. Este delirio puede combinarse con el delirio de grandeza, el de culpa o de control.
- **Delirio somático:** El paciente considera que está enfermo, o que algo sucede en su cuerpo que no es normal. Puede creer que sus órganos se están pudriendo, que crecen partes de su cuerpo o que existe una alteración en su cara (dismorfobia). El delirio somático puede ir acompañado de alucinaciones en algunos casos.
- **Ideas y delirios de referencia:** La persona considera que existen detalles, frases, acontecimientos que parecen ser irrelevantes, hacen alusión a él, o significan algo. Si por ejemplo entra en un lugar donde hay gente y está riendo, la persona interpreta que se ríen de él. Considera que cosas leídas en el periódico, cosas de la radio o de la televisión harían referencia a él. Cuando el paciente manifiesta que tiene la certeza y está convencido de que lo que ocurre o se dice hacen referencia a él, es cuando hablamos de delirio de referencia.
- **Delirio de control:** En este tipo de delirios, el paciente experimenta que tanto sus sentimientos como las acciones que realiza están siendo controladas por algún tipo de fuerza externa. El requisito fundamental de este delirio es experimentar de forma subjetiva el hecho de estar bajo control. No se incluirían ideas como que está actuando enviado por Dios o que existen personas que intentan coaccionarle. El paciente siente que su cuerpo está siendo poseído por algún tipo de fuerza externa, la cual le hace moverse y actuar de forma extraña, o incluso que se envían mensajes a su cerebro a través de ondas de radio, de tal modo se produciría una sensación particular la cual el paciente reconocería como ajena.
- **Lectura de pensamiento (irradiación):** El paciente considera que la gente puede llegar a leer o conocer sus verdaderos pensamientos. A diferencia del delirio de difusión de pensamiento, aquí no interviene la percepción, es decir, podría experimentar de forma subjetiva que los demás pueden llegar a saber lo que piensa, pero no considera que se puedan percibir en voz alta, que sean audibles.
- **Difusión del pensamiento:** El paciente puede creer que su pensamiento se difunde, y las demás personas o él mismo podrían escucharle. El paciente puede llegar a sentir que sus pensamientos son voces externas a él, es decir, una alucinación auditiva y un delirio de forma simultánea. Puede llegar a creer que sus pensamientos son captados por micrófonos y pueden llegar a ser transmitidos por televisión y radio.
- **Inserción del pensamiento:** El paciente considera que existen pensamientos que no son suyos, sino que han sido introducidos en su mente. Por ejemplo, el paciente puede considerar que un vecino suyo practica la magia negra y que le inserta pensamientos oscuros. No se debe confundir con la experiencia de pensamientos desagradables que el paciente reconoce como propios, como podría suceder con el delirio de persecución o de culpa.

- **Robo del pensamiento:** En este caso el paciente puede sentir que le han quitado pensamientos. El paciente puede relatar como teniendo un pensamiento en un momento determinado, sentir en ese instante que se lo retira una fuerza extraña.

### *Alteraciones del pensamiento: Curso del pensamiento*

Este tipo de trastornos se caracterizan por existir un discurso fluido, pero el contenido es bastante pobre. Para su evaluación, se incita a que el paciente hable sobre algún tema, pero que no esté relacionado con su enfermedad, durante un período de entre cinco a diez minutos. El evaluador intentará en todo momento observar si las ideas están bien conectadas entre sí. Hay que valorar también la forma en que responde el paciente a las distintas preguntas, tanto las simples como aquellas más complejas. A continuación se muestran los tipos de trastornos del pensamiento:

- **Descarrilamiento (asociaciones laxas):** Con el descarrilamiento el patrón del habla se ve alterado de tal forma que la idea principal sobre la cual se está hablando, se sale del curso, y se puede pasar a otra idea aunque no guarde relación con la anterior. En ocasiones, la relación entre las ideas es inexistente, y lo más característico es que el paciente vaya pasando de una idea a otra sin atender el tema de discusión sin ser consciente de que su respuesta no tiene conexión con el tema a tratar.
- **Tangencialidad:** Comparte similitud con el descarrilamiento en el sentido de la pérdida de conexión sobre el tema a tratar, pero la tangencialidad se refiere únicamente al discurso que se da en relación a las respuestas que ofrece el paciente ante una pregunta, y no en un discurso en general espontáneo, que sería típico del descarrilamiento.
- **Incoherencia (esquizoafasia):** El discurso que ofrece el paciente puede llegar a ser incomprensible. Se pueden encontrar en medio de oraciones incoherentes, frases que sean coherentes y con significado, también pueden existir frases a las que les falten palabras produciendo que exista un significado distorsionado o que quede anulado. Se pueden eliminar preposiciones, artículos, conjunciones, etc. El descarrilamiento suele acompañar a la incoherencia comúnmente, pero hay que diferenciar que el descarrilamiento se refiere a la falta de conexión entre las oraciones, su significado es complejo, y la incoherencia a la mala conexión de las palabras dentro de una frase.
- **Ilogicalidad:** Se llega a una conclusión que es errónea, puede que por que las premisas utilizadas para llegar a la conclusión final son inciertas, o porque ha existido una mala combinación de las premisas.
- **Circunstancialidad:** La persona da una gran cantidad de detalles que no son necesarios y que dificultan el hilo argumental principal. Tales ideas pueden durar mucho tiempo por lo que el evaluador ha de ser capaz de redirigir la conversación
- **Presión del habla:** Consiste en un aumento significativo del habla espontánea. El paciente habla con bastante rapidez y resulta complicado poder interrumpir su

discurso. Muchas frases pueden llegar a no ser completadas debido a la necesidad imperiosa de hablar, y muchas preguntas que pueden ser consideradas breves, pueden extenderse mucho. Los pacientes pueden llegar a hablar incluso en aquellas situaciones en las que nadie parece escucharles. Se considera que el discurso es rápido en aquellas situaciones que hayan más de 150 palabras por minuto. Puede ser común que en la presión del habla exista descarrilamiento, tangencialidad e incoherencia.

- **Distraibilidad:** El paciente mientras está elaborando un discurso, deja de hablar del tema en cuestión y comienza a hablar sobre algún estímulo cercano a donde se encuentra, algún objeto, etc.
- **Asociaciones fonéticas:** El paciente elegiría las palabras que emite por su sonido más que por su significado, pueden ser palabras que rimen pero que no guarden relación.

## *Alteración de la percepción*

### Alucinaciones

- **Alucinaciones auditivas:** la persona enferma experimenta escuchar voces, ruidos o algún otro sonido. Las más frecuentes suelen ser voces que hablan al enfermo o que le llaman de diversas maneras. Las voces pueden ser del género masculino o femenino, pueden ser voces familiares o incluso desconocidas, y pueden halagar o criticar al paciente. Normalmente, las personas con esquizofrenia manifiestan cierta incomodidad ante tales voces pues el contenido de sus mensajes suele ser desagradable y negativo. Aquellas alucinaciones auditivas que no son voces, son consideradas de menor gravedad.
- **Voces que comentan:** Este tipo de alucinación auditiva se caracteriza concretamente por la existencia de una voz que comenta la conducta que realiza el paciente, e incluso a veces pueden ser voces que discuten entre sí sobre el comportamiento del paciente.
- **Alucinaciones cinestésicas:** Hacen referencia a sensaciones corporales, como la sensación de hormigueo, quemazón, o sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño.
- **Alucinaciones olfatorias:** El paciente percibiría los olores de forma desagradable, incluso puede pensar que él mismo huele.
- **Alucinaciones visuales:** En este tipo de alucinaciones, el paciente puede llegar a ver formas o colores o personas que no están presentes. En relación a las personas es característico que sean de tipo religioso, como el diablo o Cristo.

### *Comportamiento extravagante*

- **Vestido ya apariencia:** El paciente viste de una forma inusual, o actúa de forma peculiar y llamativa. Podría llegar a pintarse el cuerpo de distintos colores, o afeitarse por completo la cabeza. Podría vestirse de forma extraña, como un personaje histórico o como si fuese un ser de otro planeta. Además puede utilizar ropa que no se ajusta a las condiciones climáticas del momento.
- **Comportamiento sexual y social:** Las normas sociales no se contemplan en este aspecto, por lo que el paciente puede masturbarse en la calle delante de todo el mundo, orinar, o defecar, exhibirse, etc. La conducta social puede implicar ir hablando con la gente sobre sus cosas íntimas, ya sea gente conocida o no. Puede realizar conductas llamativas tales como comenzar a gritar o meditar delante de todo el mundo, etc.
- **Comportamiento agresivo y agitado:** La agresividad también puede presentarse en pacientes esquizofrénicos, actuando de forma impredecible y violenta. Se pueden producir discusiones en el ámbito familiar, con amistades e incluso meterse en peleas callejeras. Puede llegar a escribir cartas amenazadoras al gobierno, y llevar a cabo actos delictivos, como robar, hacer daño a animales y personas e incluso matar.
- **Conducta repetitiva:** Se pueden llevar a cabo rituales y conductas que el paciente puede reproducir una y otra vez. Atribuye tales comportamientos a algún significado simbólico, y puede llegar a tener la certeza de que lo que realiza puede tener influencia en otras personas, o más bien protegerse de ser influido por otras personas.

## **3.2. SÍNTOMAS NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA**

Los síntomas negativos afectan fundamentalmente a: la afectividad, el pensamiento/cognición, la conducta.

### *Afectividad*

#### Afecto embotado

Una de las características de las personas con esquizofrenia es que pueden llegar a manifestar afecto restringido, es decir, una alteración en la expresividad de sus emociones y de sus sentimientos. Los pacientes que sufren algún tipo de experiencia psicótica es frecuente que experimenten alteraciones del ánimo, o ansiedad, en torno al 25% y el 75% de los casos son susceptibles de padecer depresión (Birchwood, Iqbal & Upthegrove, 2005).

- **Expresión facial inmutable:** En estos pacientes, su rostro parece que fuese de madera, o una cara helada. No existen cambios en la expresión, o cambia mucho menos de lo normal.
- **Movimientos espontáneos reducidos:** El paciente puede estar quieto en un mismo lugar, e incluso inmóvil o con pocos movimientos por largos períodos de tiempo.
- **Escaso contacto visual:** El paciente evita mirar fijamente a los ojos de su interlocutor.

- **Incongruencia afectiva y ausencia de respuesta:** Los pacientes pueden manifestar un afecto que es congruente con la situación, así pues pueden mostrar una sonrisa mientras se habla de un tema serio.

### *Pensamiento / Cognición*

El lenguaje y la atención pueden verse afectados en la esquizofrenia, pero existe un amplio número de estudios sobre las funciones cognitivas alteradas en esta enfermedad. Algunas de las alteraciones cognitivas estudiadas han sido la atención, las destrezas perceptuales complejas, el razonamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva, las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la memoria verbal y las habilidades visoespaciales (Lee & Park, 2005; Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti & Clare, 2005; Kurtz, 2005; Kurtz, Moberg, Gur & Gur, 2001; Heinrichs & Zakzanis, 1998). Es importante considerar que las capacidades neurocognitivas de los pacientes esquizofrénicos son relevantes para el ajuste social de los afectados (Milev, Ho, Arndt & Andreasen, 2005; Green, Kern & Heaton, 2004).

### Alogia

Este término hace referencia a la dificultad de los pacientes por tener procesos de pensamiento normales, siendo más bien vacíos y lentos. Todo esto se puede observar a través del lenguaje:

- **Pobreza del lenguaje:** La cantidad del lenguaje que utiliza el paciente es reducido, con respuestas muy breves y escuetas, por lo que no suelen extenderse demasiado.
- **Pobreza del contenido del lenguaje:** En este caso las respuestas que puede ofrecer el paciente pueden ser adecuadas en cuanto a cantidad, pero no en cuanto a la información que se ofrece, el paciente ha podido estar hablando pero no responder específicamente sobre aquello que se le pregunta.
- **Bloqueo:** En este caso se interrumpe drásticamente el discurso que se está ofreciendo antes de haber sido completado. Seguidamente, puede haber un período de silencio que puede oscilar entre varios segundos o varios minutos y la persona asume que es incapaz de recordar aquello de lo que estaba hablando.
- **Latencia de respuesta incrementada:** El paciente puede tardar un tiempo significativo en elaborar una respuesta, no tiene problemas de audición, pero presenta dificultades en poder desarrollar sus propios pensamientos y construir una respuesta acorde con aquello que se le ha preguntado.

### Atención

El paciente esquizofrénico puede manifestar dificultades en cuanto a su atención, puede distraerse con facilidad, o no prestar atención cuando se le habla.

Existe un amplio estudio de trabajos donde se analizan los procesos cognitivos de la esquizofrenia, véase en la tabla 9.

Tabla 9. Trabajos empíricos sobre la rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia (De la Higuera, J et al., 2006)

ESTUDIOS DE REHABILITACIÓN DE FUNCIÓN ÚNICA		
Memoria	Atención	Función ejecutiva
Bell et al. (2003)	Benedit et al. (1994)	Bellack et al. (1996)
Bryson y Wexler (2003)	Corrigan y cols, (1995)	Davalos y Green (2002)
Fiszdon et al. (2005)	Field et al. (1997)	Kern et al. (1996, 2002, 2005)
Medalia et al. (2000)	Kurtz et al. (2001)	Medalia et al. (2001)
O'Carrol et al. (1999)	López-luengo y Vázquez (2003)	Reeder et al. (2004)
Wexler et al. (2000)	Medalia et al. (1998)	Young y Freyslinger (1995)
PROGRAMAS MULTIFUNCIÓN		
Individuales		
Cognitive Remediation Therapy (CRT), de Wykes et al. (1999, 2003)		
Computer-assisted Cognitive Strategy Program (CAST), de Vatu et al. (2005)		
Neurocognitive Enhancement Therapy (NET), de Bell et al. (2001)		
Neuropsychological Educational Approach to Remediation (NEAR), de Medalia et al. (2002, 2005)		
Grupales		
Cognitive Enhancement Therapy (CET), de Hogarty et al. (1999, 2004)		
Integrated Psychological Therapy (IPT), de Brenner et al. (1994) y Roder et al. (1996)		

## Conducta

### Abulia/Apatía

- **Aseo e higiene:** La apariencia del paciente está visiblemente afectada, pues puede llegar a mostrarse sucio, descuidado y con aspecto desaliñado. Apenas se muestra atención al propio aspecto.
- **Falta de persistencia en el trabajo o en la escuela:** En estos casos los pacientes muestran serias dificultades para poder conciliar su vida laboral o escolar. En el caso de pacientes que sean estudiantes, se muestran dificultades en la realización de las tareas, los deberes, en la asistencia a clase, etc. En el caso de pacientes que trabajen, el paciente puede ser incapaz de acabar las tareas que se le encomiendan, puede haber una falta de responsabilidad acorde al puesto, etc.
- **Anergia física:** El paciente podría llegar a pasar horas sin hacer nada, sentado durante mucho tiempo en un mismo lugar sin moverse, tanto en casa como en el ambiente hospitalario puede estar la mayor parte del tiempo sentado.

### Anhedonia-insociabilidad

- **Intereses o actividades recreativas:** Las aficiones que muestran los pacientes esquizofrénicos son limitadas o casi inexistentes.
- **Sexualidad:** Los pacientes esquizofrénicos suelen mostrar poco interés por la conducta sexual en comparación a sujetos sanos de su misma edad. Manifiestan un mínimo impulso sexual; no es una actividad que les resulte excesivamente placentera.
- **Intimidad y proximidad:** El paciente puede tener ciertas dificultades a la hora de establecer relaciones propias de su edad, y pueden manifestar poco afecto hacia sus seres queridos.

- **Círculo social:** Los pacientes esquizofrénicos pueden tener una cantidad de personas allegadas muy limitada, pueden tener pocos o ningún amigo, y suelen pasar la mayor parte del tiempo solos.



## 4. CURSO EVOLUTIVO Y ETIOLOGÍA

### CURSO

La esquizofrenia es un trastorno que puede comenzar en fases muy tempranas de la vida como en la adolescencia, incluso en la infancia, y finalmente puede también iniciarse en la etapa adulta. Es un trastorno que puede afectar por igual a hombres y a mujeres. La esquizofrenia de inicio temprano afectaría más a hombres que a mujeres, pero la de inicio tardío más común en mujeres que en hombres (Robertson, 1996). Se considera que el género y la edad son dos variables que están directamente relacionadas en la expresión fenotípica de la psicosis, a nivel clínico como subclínico (APA, 2000; Goldstein & Link, 1988; Spauwen, Krabbendan, Lieb, Wittchen, & van Os, 2003; van Os & Kapur, 2009). El inicio de la enfermedad puede producirse de forma abrupta o de forma más paulatina. La edad donde más incidencia hay registrada es en torno a los veinte años, con la existencia de inicios subclínicos entre los quince y los diecisiete años (Amminger, Harris, Conus, Lambert, Elkins et al., 2006), y a partir de los 40 años es cuando se considera esquizofrenia de inicio tardío siendo más leve y menos frecuente. Lo más característico en este tipo de paciente es que existan episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión parcial o incluso total, aunque los síntomas residuales sean muy comunes. La esquizofrenia se caracteriza por la existencia de 3 fases fundamentales que a continuación se detallan:

- Fase aguda (o fase de crisis): En esta fase, los pacientes con esquizofrenia manifiestan toda una serie de síntomas muy graves, tales como alucinaciones o delirios, y el pensamiento está desorganizado. Durante esta fase es muy necesaria la ayuda externa pues los pacientes no son capaces de valerse por sí mismos.
- Fase de estabilización (fase de postcrisis): En esta fase disminuiría la intensidad con las que se manifiestan los síntomas psicóticos y no sería de tanta gravedad. Esta fase suele comprender los 6-12 meses posteriores al episodio agudo.
- Fase estable (o de mantenimiento): En esta fase puede que no existan tantos síntomas, y en el caso de que existan son de menor gravedad. Los pacientes pueden estar incluso asintomáticos, o manifestar síntomas no relacionados con la psicosis como ansiedad, insomnio, etc.

Diversos estudios apuntan como factor importante en el curso de la enfermedad las diferencias entre los países desarrollados de los países en vías de desarrollo, siendo en estos últimos donde se encuentran datos más favorables respecto al pronóstico y evolución de los pacientes (OMS, 1979; ICMR, 1988, Kulhara, 1994).

### ETIOLOGÍA

Poder determinar de forma exacta la causa de la esquizofrenia es un asunto que aún no ha conseguido resolverse de forma satisfactoria. Debido a la complejidad de esta enfermedad, es difícil determinar su etiología, pues existen muchas diferencias entre los pacientes. Considerar

que la esquizofrenia tiene una causa única sería un error, puesto que su gran variabilidad expresada en los pacientes no parece asociarse con esa hipótesis. Lo que sí que se puede afirmar es que la epigenética parece ser la llave al enigma que envuelve esta enfermedad, por tanto el modelo que mejor resume todo esto es el modelo de diátesis-estrés (Zubin & Spring, 1977) donde se postula que una persona puede tener cierta predisposición a padecer una patología, cuanta mayor sea dicha predisposición, menos estrés ambiental necesitará para desarrollar una determinada patología. Las investigaciones de los últimos años apuntan que la esquizofrenia no sea una enfermedad resultado de un proceso patofisiológico o etiológico único, sino que existirían un conjunto de trastornos que de forma conjunta se manifiestan, pero que en su etiología pueden ser diferentes. Las áreas de investigación que más relevancia tienen en el campo de la esquizofrenia son: genética, neuroquímica, alteraciones cerebrales y virus. A continuación se explica de forma detallada las aportaciones de cada investigación.

### Estudios en genética

El riesgo para que una persona desarrolle esquizofrenia estaría directamente relacionado al grado de parentesco o de la carga biológica compartida, así pues, los familiares de primer grado de una persona con esquizofrenia presentarían un mayor riesgo de padecer un trastorno del espectro esquizofrénico que el resto de la población o que familiares de segundo grado (Gottesman, 1991). Los estudios sobre genética han concluido la existencia de diversos modelos de transmisión genética, entre los cuales encontraríamos:

- **Modelo monogénico:** Este modelo afirma que todos los tipos de esquizofrenia compartirían un mismo gen, aunque con distinto grado de penetrancia. El hecho es que sólo entre el 30% y 35% de la descendencia de pacientes esquizofrénicos desarrolla la patología, por tanto, se desacredita este modelo (Risch & Baron, 1984).
- **Modelo heterogénico:** En este modelo se apoya la idea de que la esquizofrenia consiste en varias patologías, las cuales estarían asociadas a un *loci* mayor, el cual se transmitiría por herencia dominante, recesiva o ligada al cromosoma X. A día de hoy, no existen datos a favor de este modelo (Mjellen & Kringlen, 2000).
- **Modelo poligénico:** Este modelo considera que la esquizofrenia resultaría de la combinación de varios genes defectuosos, los cuales interaccionarían con el ambiente. Considera que el riesgo de desarrollar esquizofrenia se puede relacionar a un rasgo con una distribución continua, donde existiría un umbral para la expresión clínica de la enfermedad. Para Pekka (2003) esta hipótesis explicaría mejor el por qué se encuentran expresiones subclínicas en los gemelos y otros familiares de pacientes esquizofrénicos.

A pesar de todos estos modelos y de la importancia que la genética ha demostrado tener en esta patología. En la etiología de la esquizofrenia el 60% de los pacientes carecen de historia familiar del trastorno (Gottesman & Erlenmeyer-Kimling, 2001), por lo que el riesgo genético no es suficiente para que se manifieste.

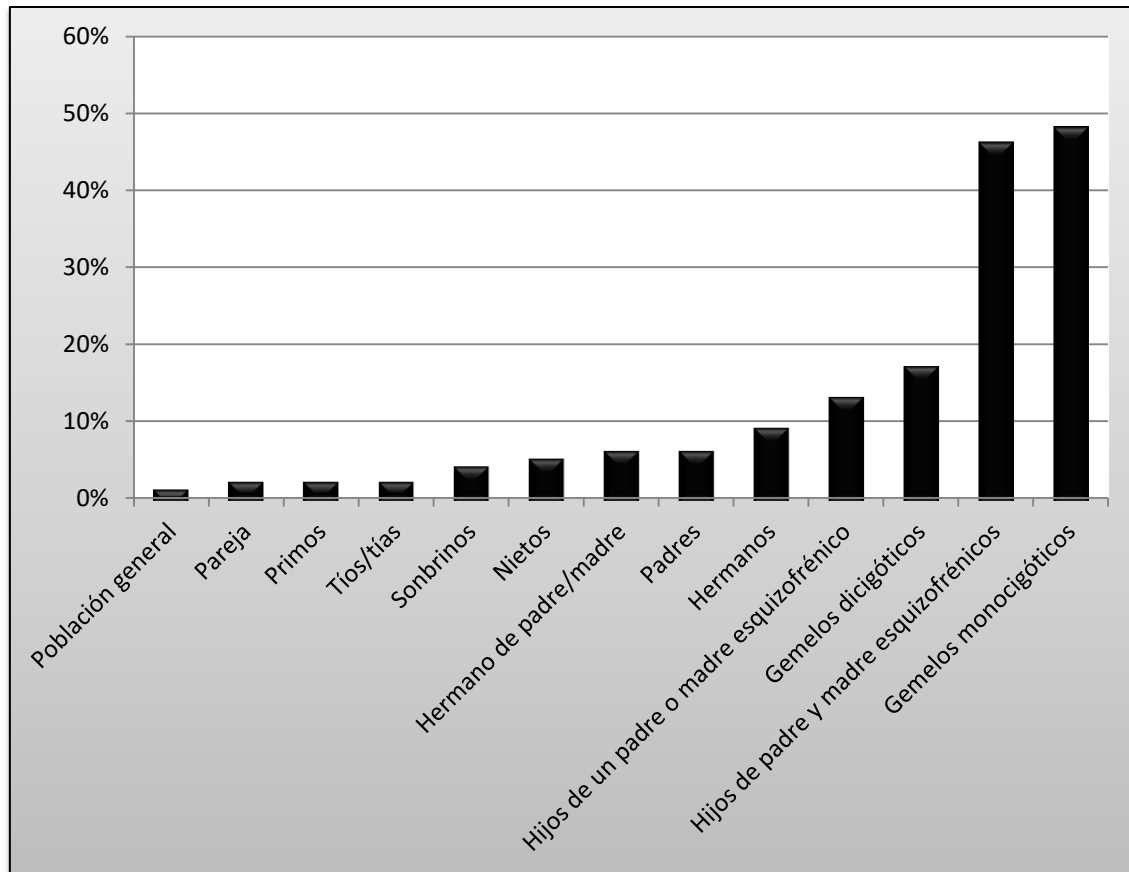


Figura 1. Diferentes porcentajes de riesgo a la esquizofrenia según el grado de proximidad biológica (Gottesman, 1991).

### Neuroquímica

A continuación se describen aquellos neurotransmisores que tienen un papel importante en la enfermedad:

**Dopamina:** La hipótesis de la dopamina dice que existiría una cierta hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas (mesolímbicas y mesocorticales) en los pacientes con esquizofrenia, y que tal nivel de actividad puede causar síntomas como los delirios o las alucinaciones. Dicho nivel de actividad podría ser causado por: una alta producción de dopamina por parte de algunos grupos de neuronas; una gran cantidad de dopamina en la unión de las sinapsis a causa de una alteración en su catabolismo o recaptación; o por un aumento excesivo en la actividad de las neuronas receptoras. A raíz de esta hipótesis se llevaron a cabo muchos estudios, pero sigue sin existir un claro consenso sobre cuál es el papel de la dopamina en la etiología de la enfermedad. A continuación se explican algunas de las limitaciones sobre esta hipótesis dopaminérgica:

- Necesidad de evidencia directa del aumento en la liberación de dopamina.
- Tan sólo la dopamina no puede justificar la variabilidad sintomática de la esquizofrenia.

**Noradrenalina:** La noradrenalina también es considerada importante en la patofisiología de la esquizofrenia, pues se considera que los sistemas de noradrenalina juegan un papel importante en los estados psicóticos agudos y que se verían alterados en los períodos de exacerbación de los síntomas psicóticos (Van Kammen et al., 1989).

**Serotonina:** Según Harrison (2003) el papel que tiene la serotonina en la esquizofrenia tiene que ver con la función trófica que tiene la serotonina en el neurodesarrollo, a un aumento en la activación de la corteza prefrontal regulada por el receptor 5HT2A o la relación entre la serotonina y la dopamina. En dicha relación, la serotonina es capaz de inhibir la función de la dopamina en la corteza, en el sistema límbico y en el núcleo estriado a través del receptor 5HT2A o a través del GABA. Por tanto, se habla de un efecto inhibitorio de la serotonina en la transmisión de la dopamina.

**GABA:** Para Roberts (1972), la reducción de los niveles de GABA implican una desinhibición del sistema nervioso central, por lo que una disminución del sistema gabaérgico se traduciría directamente en la inhibición del GABA en las vías dopaminérgicas, causando los síntomas psicóticos de la esquizofrenia.

Además de la importancia de estos neurotransmisores para la explicación de bases neuroquímicas de la esquizofrenia, también se ha encontrado en varios estudios que determinados neuropéptidos podrían tener un papel muy importante, como:

**Colecistoquina:** Se considera que la CCK interactúa con la dopamina, y ello favorece la aparición de los síntomas positivos.

**Nuerotensina:** También interactúa directamente con la dopamina. Cuando existe una gran cantidad de este neuropéptido los síntomas psicóticos disminuyen.

**Somatostanina:** En este caso también hay una relación directa con la dopamina, estimulando su producción.

### Neurodesarrollo

Como hemos visto la epigenética postula que la manifestación clínica de una determinada patología es el resultado de la combinación de factores ambientales y factores genéticos, por tanto, sería complicado entender un trastorno centrándose en una única esfera. Los modelos etiológicos de la esquizofrenia proponen la existencia de efectos adictivos o interactivos entre diversos genes y factores ambientales. Se considera que los períodos prenatal y perinatal de la vida son clave para entender el desarrollo de esta patología. Para Weinberger (2000) la esquizofrenia se trataría de un trastorno del neurodesarrollo que permanecería clínicamente silenciosa hasta el proceso de desarrollo y maduración normal de las estructuras cerebrales afectadas.

A continuación se muestra una revisión de las distintas anomalías conductuales y la existencia de factores ambientales que se han observado mucho antes de la manifestación clínica de la enfermedad:

**Período prenatal**

- Mes de nacimiento: Diversos estudios epidemiológicos han comprobado que habría mayor nacimiento de pacientes esquizofrénicos entre los meses de invierno y primavera, alrededor de un 5-8% respecto a la población general (Watson et al., 1984; D'Amato et al., 1991; Torrey et al., 1997; Mortensen, 1999). Se cree que existiría un factor intrauterino que podría variar según la estación, pero aún no se ha especificado cuál pudiendo ser: infecciones virales respiratorias, hábitos de apareamiento de los individuos que portan genes de riesgo para la esquizofrenia, tratamiento farmacológico para tales infecciones...).
- Urbanidad: Estudios realizados por Mortensen (2001) han dado evidencia de que existe una mayor prevalencia de la esquizofrenia en grandes áreas urbanas. Aunque estos estudios tampoco reflejan si existen otros factores como la malnutrición, las toxinas, las infecciones, etc., que serían más comunes en las áreas urbanas.
- Infecciones virales: Mednick et al. (1988) llevaron a cabo un estudio con población de Helsinki, la cual había padecido la epidemia de la gripe A2 a mitad del s XX. El estudio intentaba observar si ciertos periodos del desarrollo fetal eran o no críticos y se dividió la prueba en trimestres. El resultado fue que el riesgo para padecer esquizofrenia aumentaba de forma significativa en descendientes de madres infectadas durante el segundo trimestre del embarazo.
- Anomalías físicas menores: Hace referencia a pequeñas alteraciones de lagunas características físicas externas como: palar arqueado, lóbulos de las orejas pegados, macroglosia, etc). Diversos estudios (Green et al. 1989; Lane et al., 1996) han hallado comparado sujetos sanos con sujetos esquizofrénicos, un mayor número de AFM en sujetos esquizofrénicos.

**Periodo Perinatal**

- Complicaciones obstétricas: Se ha encontrado problemas en al menos el 20% de historias clínicas de pacientes esquizofrénicos en diversos estudios (Cannon, 1997; Mcneil, 2000). También se ha estudiado que pacientes que han sufrido complicaciones en el parto tiene a menos un 50% más de probabilidades de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico que aquellos que nunca han sufrido tales complicaciones (Geddes, 1995; 1999).

**Infancia**

- Alteraciones motoras: Walker et al. (1993) llevó a cabo un estudio en familias con hijos esquizofrénicos para poder observar si existían marcadores en la infancia, para ello utilizaron grabaciones de vídeo. Se pudo comprobar que los niños pre- esquizofrénicos presentaban un mayor número de alteraciones a nivel neuromotor comparado con niños sanos. Se mostraron movimientos coreiformes, poca destreza motora, retraso en el desarrollo de habilidades motoras como control postural, sentarse y caminar, entre otros.
- Alteraciones neuropsicológicas: Diversos estudios tanto retrospectivos como prospectivos, han conseguido demostrar que en los pacientes esquizofrénicos existe

un descenso en la capacidad intelectual y funciones neurocognitivas, en especial en el procesamiento de la información.

- Alteraciones en las relaciones sociales: En un estudio realizado por Jones et al. (1994) se observaron pacientes que posiblemente desarrollarían esquizofrenia y presentaban las siguientes características: 4-6 años: preferían jugar solos; 13 años: eran más introvertidos y sin amigos íntimos; 15 años: los profesores comentaban que se mostraban ansiosos en las situaciones sociales.

Parece ser que los diversos factores de riesgo explicados apoyarían el modelo de diátesis-estrés, donde se considera que existiría una vulnerabilidad de origen genético (diátesis) a la que se sumarían los factores ambientales (estrés, infecciones...), desencadenándose de tal modo la esquizofrenia, por la suma de varios factores. A pesar de eso, este modelo no explicaría las diferencias cronológicas de aparición de formas de esquizofrenia (desde la infancia hasta la etapa adulta), ni tampoco las diferencias que habrían en el curso y la edad de inicio de la enfermedad que se observan entre varones y mujeres. Podría darse el caso de dos hermanos gemelos, que expuestos a las mismas condiciones ambientales y genéticas, tan sólo uno desarrollase la enfermedad.

Para poder explicar la esquizofrenia se encuentran varios modelos explicativos como son:

- 1) La existencia de un solo proceso etiopatogénico responsable de los distintos síndromes esquizofrénicos. Se considera a la esquizofrenia como un trastorno mental unitario.
- 2) Distintos procesos causan la esquizofrenia.
- 3) Diversos síndromes o subtipos esquizofrénicos, tienen un origen distinto y un tratamiento concreto.

## 5. NEUROIMAGEN Y ESQUIZOFRENIA

Debido al desarrollo de las nuevas tecnologías, se ha conseguido desarrollar técnicas de neuroimagen, las cuales permiten explorar de una forma mucho más minuciosa el cerebro y gran parte de las anomalías que puedan existir. Se ha podido conocer mucho mejor la actividad del cerebro y conocer mejor tanto a nivel funcional como estructural. A continuación se detallan aquellas características más relevantes de las distintas técnicas de neuroimagen y cómo contribuyen al estudio de la esquizofrenia.

### Técnicas estructurales:

#### **Tomografía Axial Computerizada (TAC)**

Esta técnica fue desarrollada en 1970, y fue utilizada para los estudios sobre la esquizofrenia. Algunas de las alteraciones que ha podido observarse gracias al TAC han sido:

- Dilatación ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales).
- Reducciones globales del volumen de sustancia gris cerebral.
- Atrofia cerebelar.
- Asimetrías hemisféricas (reducción sustancia gris en ambos lóbulos temporales y del lóbulo frontal izquierdo).
- Disminución de radiodensidad del tejido en diversas zonas.

Los trastornos estructurales del cerebro en las personas que padecen esquizofrenia, ha dado pie a la aparición de hipótesis sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia (Royston,, M. C., et al., 1993). Algunas de esas hipótesis son aquellas que se refieren a un trastorno del desarrollo neuronal y a la existencia de un proceso degenerativo, pero deben ser contrastadas dichas hipótesis.

#### **Resonancia Magnética Nuclear (RM):**

Esta técnica supuso un gran avance respecto al TAC, puesto que tiene una mejor resolución y no expone al paciente a radiaciones como la TAC, entre otros. Las nuevas aportaciones que ha permitido la RM sobre la esquizofrenia han sido:

- Nuevos hallazgos sobre la dilatación que se produce a nivel ventricular, donde se ha encontrado una pérdida significativa de la sustancia gris.
- La correlación de tales alteraciones con algunos síntomas, en concreto con los negativos, sigue siendo estudiado.
- Se sigue estudiando si los cambios estructurales que se han encontrado en la esquizofrenia son específicos de dicha enfermedad o si formarían parte de los todos los trastornos mentales graves.
- Se pone mucha más atención a aquellos estudios que enfatizan sobre los primeros episodios y de inicio en edad temprana, y la evolución de la enfermedad.

La utilización de una determinada técnica estructural de neuroimagen dependerá del caso a tratar, pero es muy importante poder tener en consideración algunas características específicas de cada una de las técnicas, a continuación se muestra en la tabla 10 algunas diferencias.

Tabla 10. Técnicas estructurales de neuroimagen (Garber, H. J., et al., 1988)	
Ventajas del TAC	Ventajas de RM
Más barato que la RM	Mejor visualización de lesiones ubicadas en fosa posterior, tronco cerebral y áreas temporales y apicales
Útil cuando no existe focalidad neurológica, pero hay sospechas clínicas	Mejor visualización de enfermedades desmielinizantes
Mejor detección de lesiones cerebrales calcificadas	Superior a la TC en detectar anomalías cerebrales asociadas a focos epilépticos
Mayor utilidad en caso de sospecha de tumores meníngeos o enfermedad hipofisiaria	Mejor que la TC en la detección de tumores (Excepto meníngeos) y del malformaciones vasculares
Puede ser utilizada en pacientes con marcapasos o implantes metálicos en la cabeza	No utiliza rayos X
No existe el " efecto basilisco" típico de la RM (atracción de objetos metálicos por el imán)	
Provoca menos ansiedad que la RM	
Implica menor cooperación por parte del paciente	

### Técnicas funcionales

Las técnicas de neuroimagen han conseguido su máximo desarrollo gracias a las técnicas funcionales, las cuales han contribuido a una mejora del estudio de la fisiología cerebral. Las alteraciones funcionales en la esquizofrenia se estudiaron gracias a la utilización de técnicas como la técnica de flujo sanguíneo cerebral (FSC), la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computerizada por fotones (SPECT) y la resonancia magnética funcional (RMf). Las estructuras más estudiadas son las corticales (frontales y temporales) y subcorticales (ganglios basales). Uno de los hallazgos más relevantes que se ha encontrado con las técnicas funcionales en la esquizofrenia es la reducción de la actividad en el lóbulo frontal, la hipofrontalidad (Yurgelun-Todd, D. A et al., 1996). A continuación en la tabla 11 se muestran los estudios de varios autores.

**Tabla 11. Estudios neuropsicológicos y esquizofrenia**

<p><b>A. Comparación de sujetos esquizofrénicos con sujetos afectados con daño cerebral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Muchos de los pacientes esquizofrénicos demuestran déficit neuropsicológicos y en muchos casos éstos son tan severos que los pacientes muestran una pauta ejecutiva general similar a la de los pacientes con síndromes cerebrales orgánicos (Heaton et al., 1978; Goldstein, 1978; Shelly y Goldstein, 1983).</li> <li>-Cuando se utilizan procedimientos de evaluación que permiten discriminar entre pacientes esquizofrénicos y orgánicos, las diferencias se establecen en relación con el nivel de ejecución, pero no permiten señalar perfiles o patrones de déficit neuropsicológicos específicos de la esquizofrenia (Moses, Cardellino y Thompson, 1983; Goldstein, 1986).</li> </ul>
<p><b>B. Déficit neuropsicológico y alteraciones estructurales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay un importante grado de correlación entre la severidad de los déficit y la presencia de alteraciones estructurales mostrada por los procedimientos de neuroimagen, principalmente atrofia cortical (Golden y cols, 1981) y dilatación ventricular (Golden et al., 1980; Golden et al., 1982; Andreasen et al., 1982; Kemali et al., 1985).</li> <li>- Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas (diferencias técnicas y procedimientos para evaluar</li> </ul>



<p>el daño estructural y el daño neuropsicológico) y asumiendo que otras variables, además de las alteraciones estructurales, pueden determinar el funcionamiento cognitivo: se pueden establecer una asociación entre las alteraciones estructurales y el déficit neuropsicológico. Podrían señalarse dos tipos de alteraciones: las que de forma “accidental” estarían relacionadas con el trastorno esquizofrénico y que podrían obedecer a otras causas, y las alteraciones “esenciales” que podrían reflejar aspectos neuropatológicos responsables del trastorno y ser condición para el desarrollo de la esquizofrenia (Zec &amp; Weinberger, 1986).</p>
<p>C. Evaluaciones neuropsicológicas en pacientes esquizofrénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En general, los pacientes esquizofrénicos han mostrado déficit difusos (cognitivos, perceptivos y atencionales) sea cual sea el instrumento neuropsicológico utilizado (Seidman, 1983; Goldstein, 1986, 1991; Levin, Yurgelun-Todd &amp; Craft, 1989). Muestran un patrón pobre de ejecución en las tareas cognitivas y perceptivas más complejas, particularmente en aquellas pruebas que demandan la puesta en juego de los sistemas funcionales cerebrales que programan y regulan el comportamiento. Escalas como ritmo, memoria, y procesos intelectuales son las más comprometidas en las evaluaciones llevadas a cabo con la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska (Goldstein, 1986; Jiménez, 1993).</li> <li>- Las hipótesis neuropsicológicas más específicas en relación con los sistemas neurales implicados son: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Déficit asociados al córtex frontal (Weinherger et al., 1986,1988; Goldberg et al.,1987; Goldberg &amp; Seidman, 1991).</li> <li>b) Déficit en las funciones relacionadas con regiones fronto-temporales en el hemisferio izquierdo (Flor-Henry, Fromm-Auch y Schopflocher, 1983; Taylor &amp; Abrams, 1984).</li> <li>c) Déficit asociados con estructuras subcorticales (Pantelis, Barnes &amp; Nelson, 1992).</li> </ul> </li> </ul>
<p>D. Estudio de las diferencias neuropsicológicas entre subtipos de esquizofrenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas ponen de manifiesto la heterogeneidad de la esquizofrenia. Los déficit neuropsicológicos están más asociados con los pacientes con predominio de síntomas negativos o síntomas de déficit (Bilder, Mukherjee, Rieder &amp; Pandurangi, 1985; Silverstein &amp; Artz, 1985; Buchanan, Kirpatrick, heinrichs &amp; Carpenter, 1990; Jiménez y Ramos, 1994).</li> <li>- La relación de estados de déficit neuropsicológico con los síntomas negativos es importante no sólo por la alternativa de considerar el estado mental como una variable más que conforma la heterogénea presentación clínica del trastorno, sino que los síntomas deficitarios han sido propuestos como los más adecuados para dicotomizar a los pacientes esquizofrénicos (Carpenter, Heinichs, &amp; Waagman, 1988).</li> </ul>

Gracias a la contribución de las diferentes técnicas de neuroimagen se ha podido concluir que existen determinados regiones cerebrales que se activan más o menos en pacientes esquizofrénicos, a continuación se detallan algunas:

- **Lóbulo prefrontal:** Se ha estudiado a pacientes esquizofrénicos y se ha comprobado que existe una menor activación de esta región en estos pacientes. Como consecuencia de ello, los pacientes tendrían mayor dificultad para poder elaborar e interpretar la realidad que les rodea y es probable el desarrollo de sintomatología negativa.
- **Lóbulos temporales:** En esta región existen evidencias de hiperactivación como de hipoactivación en diversos pacientes. Además se han encontrado asimetrías en cuanto a la activación del lóbulo temporal izquierdo donde podrían originarse mayor número de alucinaciones, y en general síntomas positivos.
- **Estructuras subcorticales:** En algunos estudios se han encontrado que los ganglios basales y los receptores D2 tienen una relación directa con la esquizofrenia.

## 6. EVALUACIÓN

La evaluación de la esquizofrenia, al igual que en el resto de trastornos mentales requiere de una entrevista clínica como factor principal para poder llevar a cabo una evaluación psicopatológica. A partir de dicha entrevista, el evaluador podrá ir construyendo y elaborando su relación con el paciente, y ofrecer aquellos servicios que sean necesarios. En el siguiente apartado se explica cómo realizar una evaluación clínica, cognitiva y social para la esquizofrenia. A continuación se muestran los componentes principales de la evaluación (Adaptado de Sociedad Española de Psiquiatría, 1998).

### *Evaluación clínica*

La evaluación clínica es un concepto muy amplio en sí mismo y que abarca distintos objetivos a conseguir, entre los cuales encontramos:

- 1) Establecer un diagnóstico.
- 2) Comprobar la sintomatología y la gravedad.
- 3) Poder ofrecer un tratamiento.
- 4) Valorar los cambios en la clínica del paciente cuando se somete al tratamiento.
- 5) Afianzar la alianza terapéutica.

Para poder conseguir todo esto, es necesario conocer bien al paciente e implicarse en el caso de forma profesional. A continuación se explican todos los apartados que debe incluir la evaluación clínica de un paciente.

### **Anamnesis**

En el caso de los pacientes esquizofrénicos, en pocas ocasiones podemos establecer una anamnesis completa y fidedigna, pues los pacientes pueden no llegar a ser conscientes de la gravedad de su estado. En el caso de que el paciente conviva con sus padres, o familia lo más aconsejable es que sean ellos quienes proporcionen información sobre el estado del paciente, su evolución, etc. En el caso de que no conviva con sus padres o familia, lo aconsejable sería que aquellas personas más allegadas brindasen tal información, y en el caso de existir registros médicos, utilizar tal información para la intervención. La anamnesis clínica debe incluir aspectos tales como:

### ***Historia de la enfermedad***

- Edad y comienzo de la enfermedad: la edad de comienzo suele establecerse cuando comienzan a ser evidentes los síntomas positivos de la enfermedad, pues es aquí cuando la relación del paciente con su entorno comienza a cambiar y a transformarse. Los síntomas negativos suelen aparecer después de los positivos, y pueden tardar desde meses hasta años en comenzar a ser evidentes.

- Formas de evolución de la enfermedad:
  - Periodos de reagudización: A pesar de que se esté tratando al paciente, puede suceder que en determinados momentos de la enfermedad el paciente pueda llegar a empeorar por múltiples motivos. Cuando evaluamos al paciente esquizofrénico, es muy importante valorar sus síntomas, saber la duración que tienen, cómo repercuten en la conducta del paciente, en qué grado aparecen, etc. Es importante tener en cuenta a su vez, la reacción ante los tratamientos recibidos, y algo fundamental es la “prevención”. Para Malla (1990), a pesar de que no existen factores desencadenantes de la enfermedad, sí que existen algunas situaciones de estrés que propician la aparición de los síntomas, tales como un conflicto familiar, la pérdida de empleo, etc. Por ello, las manifestaciones prodrómicas del episodio son muy importantes, porque al poder intervenir antes se puede evitar una tragedia mayor. Algunas de las manifestaciones prodrómicas del paciente esquizofrénico pueden ser: cambios conductuales, irritabilidad, deterioro en el comportamiento, etc (Malla y Norman, 1994; Jackson et al, 1995).
  - Periodos de remisión: En estos periodos, se considera que el paciente tiene una cierta capacidad para adaptarse a la rutina y a la vida cotidiana. Para ello, es imprescindible tener en cuenta en qué medida se ha adaptado el paciente a su entorno familiar, laboral / escolar, y social. Además, también hay que valorar qué factores han intervenido en tal adaptación: si se medica bien, si su entorno le acepta, etc. A pesar de todo esto, podemos encontrar que existen síntomas menos graves que los que pueden aparecer en un brote psicótico, tales como ansiedad o desmoralización.

### ***Historia personal***

La historia personal forma parte de la anamnesis clínica del paciente, y se atienden principalmente los momentos clave del desarrollo evolutivo y la interacción que se produce con todos aquellos sucesos vitales que forman parte de la experiencia del paciente.

- Desarrollo psicomotor y cognitivo: Los trastornos para el desarrollo de la psicomotricidad, el retraso en la adquisición del lenguaje o el retraso en el control de esfínteres, entre otros, no es infrecuente en los pacientes con esquizofrenia.
- Personalidad previa: La esquizofrenia es una enfermedad que puede llegar a alterar de forma significativa la personalidad la persona afectada. Es importante poder valorar aquellos rasgos de personalidad que se han visto alterados y cómo repercuten en el comportamiento del enfermo. Es muy oportuno poder valorar las necesidades de los pacientes, sus creencias, sus deseos, su estilo de vida, etc. De esta forma también se puede explicar mejor el significado de algunos síntomas que puedan aparecer.

### ***Historia familiar, social y laboral/escolar***

En este apartado se debe de analizar aspectos tales como la frecuencia y la calidad de las relaciones que mantiene el paciente, tanto en el momento actual, como a lo largo de su vida.

En el plan terapéutico, es muy importante atender a la dinámica familiar, poder analizar si existen factores estresantes en el seno de la familia, o si hay factores protectores. Del mismo modo sucede con el resto de relaciones que tiene el paciente, pues si existen relaciones muy inestables pueden perjudicar al paciente. Respecto al trabajo o a los estudios, hay que poder estar en contacto con los responsables del lugar donde se encuentre el paciente y que puedan tomar conciencia de la situación que existe, para de esa forma hacer lo más beneficioso para el propio enfermo y conocer cuál ha sido la evolución del paciente en dichos lugares.

### ***Historia médica general***

Según Mcneil (1995) existe una gran evidencia de que los pacientes esquizofrénicos han llegado a sufrir muchas más complicaciones obstétricas y perinatales que el resto de la población. Pero además de las complicaciones en el parto, se debe de hacer una revisión de consumo de tóxicos, la existencia de alergias, enfermedad cardiovascular, antecedentes neurológicos familiares, etc.

### ***Antecedentes familiares***

Para poder evaluar de forma correcta al enfermo, es imprescindible tener en cuenta sus antecedentes familiares, para ello se debe de realizar un árbol genealógico donde se incluya (en el caso de haber existido) de forma específica antecedentes de psicosis o esquizofrenia y sus características.

### **Exploración psicopatológica**

Con la evaluación psicopatológica, se pretende valorar los síntomas característicos que presenta el paciente: alucinaciones, delirios, alteración del pensamiento, síntomas catatónicos, etc. La entrevista es fundamental para poder llevar a cabo este proceso, pero no podemos obtener toda la información únicamente a través de lo que relata el paciente, por tanto es muy aconsejable, acompañar toda la información obtenida a través del paciente junto con aquella que no pueda ofrecer su entorno. En el caso de los pacientes que están ingresados, el personal sanitario es quien nos ofrece información muy útil, pues observan el funcionamiento diario del paciente. En muchas ocasiones, una sola entrevista clínica no será suficiente para obtener la información deseada, bien porque no se conoce con profundidad al enfermo, o por otros motivos, por ello puede ser necesaria más de una entrevista.

Además es importante tener en cuenta las dificultades que nos podemos encontrar a la hora de realizar la entrevista, como por ejemplo: la falta de conciencia de enfermedad del paciente, el hecho de que mantenga una actitud de desconfianza o la existencia de síntomas que dificulten la intervención.

### **Evaluación de situaciones clínicas de riesgo**

**Suicidio:** No es extraño que puedan existir pacientes esquizofrénicos que realicen conductas autolíticas, al menos una tercera parte de ellos las manifiestan (Allenbeck et al, 1987) y en torno al 10% llega a suicidarse (Tsuang, 1978). Parece ser que existen unos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de tales conductas como son: consumo de drogas, sexo masculino, ser menor de 30 años, estar sin empleo, o la presencia de síntomas depresivos

entre otros (Allenbeck et al, 1987; Roy 1982). Según Roy (1996) el acto suicida está muy vinculado a la sintomatología depresiva de los pacientes, pues entre el 35% y el 79% de los pacientes esquizofrénicos que realizan tales conductas padecen síntomas depresivos.

**Violencia:** el acto violento en pacientes esquizofrénico está muy ligado a la sintomatología que pueda presentar el paciente, por tanto un estado psicótico podría ser potencialmente peligroso al perder el contacto con la realidad.

## 6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA ESQUIZOFRENIA

Para llevar a cabo la evaluación psicopatológica de la esquizofrenia encontramos 4 escalas:

### **Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)**

La BPRS fue creada por Overall y Gorham (1963). En la versión original de esta escala existen 16 ítems, pero las modificaciones que se han ido produciendo ha podido variar el número (Woerner et al, 1988). Con esta escala se consiguen abordar muchos síntomas del espectro de la enfermedad, y ha sido muy utilizada en el ámbito de la psicofarmacología. Está compuesta de 4 factores dimensionales que son: psicosis, negativo, suspicacia/ hostilidad y depresión/ansiedad.

### **Escala de Manchester o de Krawiecka**

La escala de Krawiecka o escala de Manchester (Krawiecka, Goldberg y Vaughan, 1977) está compuesta por 8 ó 9 ítems, dependiendo de si la afectividad incongruente se diferencia o no de la afectividad aplanada. Ha sido traducida y validada al español (Pérez Fuster, 1989). Se debe de puntuar los ítems de 0 a 4.

### **Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS /SANS)**

Estas escalas fueron desarrolladas por Andreasen (1984). Existen traducciones al castellano (Obiols J et al, 1985), y también estudios de validación (Peralta et al, 1995 Vázquez Barquero et al. 1996). Actualmente se consideran como instrumentos imprescindibles para la evaluación de la esquizofrenia. Existe un total de 50 ítems, pero únicamente se evalúan síntomas positivos y negativos.

### **Positive And Negative Syndrom Scale (PANSS)**

La PANSS (Kay et al, 1988) fue desarrollada a partir de la BPRS, en un intento de mejorar las propiedades psicométricas y poder abarcar más síntomas. Existe una traducción y validación de la misma realizada por Peralta y Cuesta (1994). Está compuesta por tres subescalas: positiva, negativa y psicopatología en general, de tal modo que se intentan abarcar muchos más síntomas. La PANSS requiere de una entrevista de forma semiestructurada. Los cinco

síndromes que abarca esta escala son: psicosis, desorganización, negativo, excitación y afectivo. En la tabla 12 se muestra la comparación entre las distintas escalas.

<b>Tabla 12. Características generales y psicométricas de las escalas de evaluación psicopatológica de la esquizofrenia (Sociedad Española de Psiquiatría, 1998).</b>				
Escalas	SAPS/SANS	PANSS	Manchester	BPRS
Nº de Síntomas positivos	4	7	3	4
Nº de Síntomas negativos	5	7	3	3
Síntomas psicopatológicos en general	0	16	2	11
Comprensividad de la escala	Buena	Muy buena	Dudosa	Dudosa
Definición de ítems	Muy buena	Muy buena	Buena	Buena
Anclajes de los ítems	Buena	Muy buena	Buena	Regular
Fiabilidad interobservador	Muy buena	Muy buena	Buena	Regular
Consistencia interna S. positivo	Buena	Buena	Buena	
Consistencia interna S. negativo	Buena	Muy buena	Buena	
Fiabilidad test-retest	Buena	Buena	Buena	
Validez factorial	Dudosa	Dudosa	Dudosa	Dudosa
Validez concurrente	Muy buena	Muy buena	Buena	
Validez de criterio	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial
Validez discriminante	Dudosa	Dudosa		
Derivación de modelos multidimensionales	Buena	Muy Buena	Buena	Buena
Derivación de subtipos de la esquizofrenia	Buena	Muy buena	Buena	Buena
Adaptación española	Sí	Sí	Sí	Traducción
Percentiles/Normalidad	No	Sí	No	No
Tiempo de aplicación	30'	30'-45'	20'	15'
Forma de entrevista	Libre	Semiestructurada	Libre	Libre
Aplicabilidad clínica	Muy buena	Buena	Muy buena	Muy buena

## 7. TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA

### Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico por excelencia utilizado en pacientes esquizofrénicos son los antipsicóticos. Los pacientes deben adaptarse a la adquisición de nuevos hábitos, lo cual implica toda una serie de nuevos cambios que no serán fáciles, entre los cuales estará el tratamiento farmacológico, donde será más fácil la aparición de recaídas, pues durante los cinco primeros años nos encontramos ante lo que se conoce como “período crítico” (Birchwood et al., 1998). Los fármacos antipsicóticos (o neurolépticos) tienen como objetivo principal poder abordar los síntomas que manifiestan los pacientes, evitar el riesgo de recaídas, y propiciar una integración social del paciente con esquizofrenia. Hay que tener en cuenta, que las altas dosis de estos medicamentos se asocian con grandes efectos secundarios, y en ocasiones pueden llegar a producir la muerte. Y las dosis bajas pueden aumentar el riesgo de recaída (Kane et al, 1983). En este apartado se detallan los antipsicóticos clásicos, los nuevos (o atípicos) y otros fármacos relevantes.

- **Fármacos antipsicóticos clásicos:** este tipo de tratamiento se utiliza para los distintos tipos de esquizofrenia, pero además pueden utilizarse en otras patologías como la manía. Este tipo de fármaco es un antagonista de los receptores de dopamina, pero actúa también sobre los receptores de otros tipos de neurotransmisores (adrenérgicos, serotoninérgicos, etc.). Se considera que los efectos secundarios que producen son muchos, y no suelen ser aceptados por los pacientes debido a ello. Los síntomas negativos apenas notan los efectos de este tipo de fármacos. Se caracterizan también por ser bastante sedativos, aunque hay variedad. Algunos de los fármacos clásicos son: Levomepromacina, Tioridacina, Clpromacina, Flufenacina, Haloperidol, Tioproperacina.
- **Antipsicóticos atípicos:** los nuevos medicamentos intentan mejorar todo aquello que los anteriores no consiguieron, como mejorar los síntomas negativos. Entre este tipo de antipsicótico encontramos: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Sertindol, Quetiapina, Ziprasidona, etc. Los nuevos antipsicóticos consiguen hacer un mejor efecto sobre los síntomas negativos y positivos gracias al bloqueo simultáneo de los receptores DA y 5-HT. Algunas de las características que forman parte de los nuevos antipsicóticos son:
  - Mayor eficacia ante los síntomas positivos/negativos.
  - Mayor eficacia ante pacientes resistentes al tratamiento.
  - Eficacia ante formas agudas y crónicas de la enfermedad.
  - Disminución del riesgo de recaídas.
  - Son fármacos de primera elección, no sólo para casos resistentes.
  - Producen menos efectos secundarios (menor afectación de la prolactina, menor afectación extrapiramidal)

Los efectos secundarios que pueden producir tales medicamentos serían:

- Sedación.
- Hipotensión.
- Sequedad de boca.
- Estreñimiento.
- Visión borrosa.
- Alteraciones cardíacas.
- Alteraciones hormonales:
  - Reducción de las hormonas sexuales femeninas y alteración del ciclo menstrual.
  - Incremento de la prolactina: ginecomastia y galactorrea.
  - Reducción de la hormona del crecimiento.
- Alteración alérgica.
- Alteraciones neurológicas:
  - Extrapiramidalismo farmacológico.
  - Acatasia.
  - Reacciones discinéticas agudas.
  - Discinesia tardía.
  - Síndrome neuroléptico maligno.

- **Otros medicamentos: Litio, Garbameceptina, Ácido valproico, Benzodiazepinas.**

### **Tratamiento psicológico**

En el tratamiento de la esquizofrenia encontramos toda una serie de terapias psicológicas adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad, así como todo el desarrollo de una serie de pruebas que han permitido demostrar la eficacia, junto con tratamiento farmacológico de cada paciente. En el proceso de recuperación de los pacientes esquizofrénicos, es muy importante conseguir una estabilización de los síntomas que produce la enfermedad, pero no es menos importante conseguir que el paciente alcance un buen funcionamiento autónomo. Hacer que el paciente se sienta capaz de realizar parte de sus actividades diarias es de vital importancia para que eso repercuta en su propia sensación de bienestar. Los cambios que proponen las terapias psicológicas, han de conseguir modificaciones a varios niveles, cognitivo, emocional, y además conductual. El interés por los tratamientos cognitivos conductuales en la esquizofrenia comenzó gracias al éxito que hubo en otras patologías tales como la depresión o los trastornos de ansiedad. Algunos de los beneficios que se comprobaron fueron: el desarrollo de estrategias por parte de los pacientes para afrontar, reducir la gravedad de los síntomas; el hecho de desarrollar modelos como el de diátesis-estrés o el consenso creciente respecto a al beneficio que implica complementar a la terapia farmacológica con la terapia psicológica (Townsend, 1999). Las intervenciones cognitivo conductuales pueden abordar aspectos que otras terapias no contemplaban tales como la depresión, la ansiedad, la desesperanza, o el riesgo de suicidio, entre otros. Por tanto



se pretenden abordar aspectos relacionados con los síntomas positivos como con los síntomas negativos. Diversos estudios consideran la terapia cognitivo conductual (TCC) como una intervención terapéutica fundamental en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, por ello instituciones como el *United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2002), la *American Psychiatric Association* (APA, 2004), o la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP, 2005), incluyen en sus respectivas guías de tratamiento la TCC como parte del proceso terapéutico. Existen diversos tipos de terapias cognitivo-conductual, pero todas tienen en común poder reducir la angustia y la interferencia que puedan producir los síntomas psicóticos, reducir la clínica afectiva (en caso de existir), y concienciar al paciente mediante las técnicas y habilidades de las que disponga el clínico para una mejor comprensión sobre la psicosis y consecuentemente, poder regular el riesgo de recaída. Diversos estudios han demostrado la bondad terapéutica de la TCC (Rector & Beck, 2001; Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes, Orbach, & Morgan, 2002; Gaudiano, 2005).

Las terapias cognitivo-conductuales se caracterizan por una serie de etapas que Garety, Fowler y Kuipers (2000) definen de la siguiente forma:

- **Enganche y evaluación:** es muy importante establecer una buena relación terapéutica desde el inicio, aprender a respetar al paciente y partir desde una óptica de “empirismo colaborador”.
- **Desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales:** es fundamental enseñar al paciente diferentes estrategias a varios niveles (cognitivo, conductual, sensorial y fisiológico) para que consiga disminuir la frecuencia, la intensidad y la duración de sus síntomas. De este modo, se pretende generar una mayor sensación de autocontrol y de esperanza.
- **Psicoeducación sobre la psicosis:** hay que poder explicar y dar sentido a las distintas experiencias que vivan los pacientes. Para ello, es imprescindible tener en cuenta las experiencias personales que nos relaten, el conocimiento que tiene el mismo paciente sobre su enfermedad, etc., de tal modo que podamos desarrollar un modelo de explicación personalizado para que mejore la calidad de vida de la persona enferma y mejorar su funcionamiento en general.
- **Trabajar los delirios y las alucinaciones:** a través de distintas técnicas podemos abordar los síntomas positivos de la esquizofrenia, dar sentido a lo que los pacientes experimentan. Algunas de las técnicas psicológicas que permiten abordar estos síntomas son técnicas de potenciación de afrontamiento, y deben incluir un proceso de colaboración, enseñanza y entrenamiento para identificar las creencias y procesos cognitivos alterados como: saltos prematuros hacia conclusiones y sesgos en el estilo atribucional; obtención de evidencias acerca de las creencias disfuncionales de uno mismo; reformulación del delirio, etc.
- **Trabajar la sintomatología afectiva:** debido a la repercusión de los síntomas de la esquizofrenia y cómo interfieren en la vida diaria de las personas, es común que puedan desarrollarse evaluaciones negativas de la persona hacia sí misma y hacia los demás. Por tanto poder abordar todos estos aspectos es de vital importancia.

A continuación se detalla la intervención psicológica correspondiente a la fase de la enfermedad según los distintos organismos del ámbito de la Psicología, (véase tabla 13).

**Tabla 13. Comparación de las intervenciones indicadas según la fase de esquizofrenia (Vallina et al., 2001).**

	<b>American Psychiatric Association (1997)</b>	<b>Canadian Psychiatric Association (1998)</b>	<b>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)</b>	<b>Expert Consensus Treatment Guideline (1999)</b>	<b>Sociedad Española de Psiquiatría (1998)</b>
<b>Fase aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer alianza con los pacientes y con la familia</li> <li>-Prevención del daño</li> <li>-Reducción de la sobre-estimulación</li> <li>-Estructuración del ambiente</li> <li>-Comunicación simple</li> <li>-Apoyo tolerante</li> <li>-Información</li> <li>-Talleres de supervivencia familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación inicial y relación</li> <li>-Manejo de casos</li> <li>-Información al paciente y familia</li> <li>-Abordaje de crisis e impacto familiar</li> <li>-Alianza con la familia</li> <li>-Planear descarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación</li> <li>-Apoyo</li> <li>-Refuerzo de la realidad</li> <li>-Tratamiento de conductas desafiantes</li> <li>-Información al paciente según su estado</li> <li>-Información a la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formación del paciente y de la familia</li> <li>-Monitorización de la medicación y síntomas</li> <li>-Terapia individual de apoyo, centrada en la realidad</li> <li>-Grupo de apoyo</li> <li>-Evaluación psicosocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Información a la familia</li> <li>-Elaboración de un proyecto terapéutico</li> <li>Evaluación médica, psicopatológica y social</li> </ul>
<b>Fase de estabilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción del estrés</li> <li>-Adaptación a la comunidad</li> <li>-Terapia de apoyo</li> <li>-Psicoeducación del paciente y de la familia</li> <li>-Autocontrol de la medicación y de los síntomas</li> <li>-Habilidades de conversación</li> <li>-Inicio de rehabilitación, de bajo tono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación familiar, individual o grupal</li> <li>-Adherencia a la medicación</li> <li>-Prevención de la recaída</li> <li>-Tratamiento psicológico, que incluye: educación, estigma, relaciones, auto-identidad, presión social.</li> <li>-Reintegración laboral, educativa</li> <li>-Entrenamiento de habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicoeducación del paciente</li> <li>-Cumplimiento con el tratamiento</li> <li>-Intervención familiar</li> <li>-Grupo familiar</li> <li>-Integración de los cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Terapia individual de apoyo centrada en la realidad</li> <li>-Rehabilitación</li> <li>-Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales</li> <li>-Apoyo familiar individual y grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción del estrés del paciente</li> <li>-Prevención de recaídas</li> <li>-Adaptación a la vida en la comunidad</li> <li>-Reducción de síntomas</li> </ul>

<b>Fase estable</b>	-Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria -Rehabilitación laboral -Rehabilitación cognitiva -Manejo de estrés -Tratamiento psicológico -Prevención de recaídas -Efectos adversos de la medicación	-Optimizar recuperación  -Afianzar el tratamiento de la fase anterior  -Supervisar fallos y cumplimiento del tratamiento	-Rehabilitación auto-cuidados, ocupación y ocio  -Intervención familiar  -Terapia cognitivo-conductual para síntomas de la psicosis  -Prevención de recaídas e intervención temprana	-Psicoeducación al paciente  -Rehabilitación conductual y laboral -Grupos de autoayuda -Apoyo familiar  -Monitorización de síntomas	Rehabilitación laboral, cognitiva y de síntomas residuales  Entrenamiento en habilidades sociales Intervención familiar  -Grupos de autoayuda
---------------------	--	--	--	---	--

Los tratamientos psicológicos que a continuación se detallan, se centran en: reducir los síntomas psicóticos residuales, prevenir recaídas, las relaciones interpersonales, adquirir habilidades que permitan mejorar la calidad de vida social de los afectados, reducción del estrés, etc., hasta abarcar gran parte de la problemática que pueda existir en el día a día de los enfermos psicóticos. Con todo y con eso, aún es necesario seguir mejorando, poder conseguir que sean más duraderos los beneficios obtenidos, etc.

### 1. Intervención psicoeducativa:

En la esquizofrenia suele ser característico que exista una falta de introspección (insight) y también una baja adherencia al tratamiento. Con la psicoeducación, uno de los principales objetivos es trabajar junto con los pacientes el conocimiento de la enfermedad y a su vez, el tratamiento necesario, reducir la sensación de angustia. Con todo eso, se pretende que exista un número menor de recaídas y de esa forma mejorar el pronóstico de los pacientes afectados. En el proceso de aprendizaje que implica esta terapia, no sólo se pretende que hayan cambios cognitivos, sino también afectivos para que se puedan modificar de forma completa los pensamientos, las emociones y también el comportamiento. Algunos de los objetivos que se pueden plantear con la psicoeducación serían:

- Ofrecer información detallada y comprensible acerca de la enfermedad mental.
- Poder mejorar la adherencia al tratamiento.
- Poder llegar a prevenir recaídas.
- Favorecer que se produzca en el paciente conciencia de enfermedad.
- Impulsar un mayor grado de autonomía en todos los aspectos que puedan estar vinculados a la enfermedad.

La modalidad de este tipo de terapia puede ser individual y grupal, pero en un principio suele ser individual y de forma posterior hacer sesiones grupales. Uno de los aspectos sobre los que se interviene en este tipo de tratamiento, puede ser aclarar creencias falsas y ofrecer

información que pueda ser desconocida, es por eso mismo que en terapias grupales los pacientes pueden compartir experiencias, ofrecerse apoyo, discutir la veracidad de una creencia, etc. El papel que desempeñan las familias es de vital importancia, incluso llegando a crearse asociaciones de familiares donde se promueve la ayuda a otras familias, reducción de sentimientos de culpabilidad, aumentar el conocimiento de la enfermedad y también desarrollar procedimientos educativos para manejar al paciente. Encontramos que existen diversos modelos terapéuticos de intervención familiar, y cada uno de los modelos puede estar estructurado de forma distinta, pero los modelos de intervención familiar comparten algunas similitudes que Lam (1991) resumió de la siguiente forma:

- i. Aproximación positiva y relación de trabajo genuino con las familias: aquí se trata de acompañar a las familias, no culparlas por todo aquello que puedan manifestar en un determinado momento, por ello, debemos de ser capaces de respetar los recursos y necesidades de afrontamiento. Cuidar al enfermo puede ser una sobrecarga para la familia, y enseñarles a abordar la problemática es fundamental.
- ii. Proporcionar estructura y estabilidad: poder fijar y establecer un plan terapéutico continuado a la familia es de vital importancia para que no sientan que existe un descontrol, pues la esquizofrenia puede generar esa sensación. Desarrollar un clima familiar estructurado y estable es otro aspecto a tener en cuenta.
- iii. Centrarse en el “ aquí y ahora”: para desarrollar este aspecto, debemos de trabajar con los problemas y con el estrés que las familias pueden presentar, saber identificar sus estilos individuales de afrontamiento hacia la enfermedad, así como sus puntos débiles y sus puntos fuertes.
- iv. Utilización de conceptos familiares: poder ofrecer a la familia una visión de la familia como un “ todo”, promover la separación e independencia del familiar enfermo cuando la ocasión lo requiera, etc.
- v. Reestructuración cognitiva: sea cual sea el modelo de intervención familiar que apliquemos, debemos de ser capaces un modelo que dé sentido a los comportamientos y los sentimientos del paciente y a los de los familiares, ayudar a ser más hábiles y poder disponer de recursos de afrontamiento.
- vi. Aproximación conductual: hay que saber centrar el trabajo del clínico, para ello, debemos estructurar bien las tareas de resolución de problemas. Ese trabajo consiste en poder evaluar los recursos y las necesidades de cada familia, establecer unas metas realistas, saber fijar prioridades, y las metas poder descomponerlas en pequeños pasos conductuales, así como establecer tareas entre sesiones para ser realizadas en casa y revisarlas.
- vii. Mejorar la comunicación: hay que saber comunicarse con el paciente, y entrenar a los familiares en ese sentido es fundamental. Para ellos, encontramos ensayos de conducta, el modelado, feedback y una práctica repetida y a su vez una generalización de todo aquello aprendido.

Una vez comprobado todo aquello que es común en los diferentes modelos de intervención familiar, se describo en la tabla 14 los principales modelos de intervención.

Tabla 14. Componentes de los principales programas de intervención familiar (Vallina et al., 2001).

Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff	Modelo psicoeducativo de Anderson	Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier	Terapia familiar conductual de Falloon
<b>OBJETIVOS</b>			
Reducir la expresión emocional y el contacto con el paciente	Reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos	Identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada	Desarrollar habilidades, con técnicas altamente estructuradas
Aumentar las redes sociales de la familia	Evitar el riesgo de recaídas	Incrementar el nivel del funcionamiento del paciente	
Reducir las expectativas no realistas		Identificar las necesidades y planificar cómo satisfacerlas	
Mejorar la comunicación			
<b>FASES DE TRATAMIENTO</b>			
Programa educativo	Conexión con familias	Programa educativo	Evaluación de la unidad familiar
Grupos inter-familiares	Taller psicoeducativo		
Sesiones unifamiliares	Reintegración a la sociedad	Manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento	Educación sobre la enfermedad
	Rehabilitación social y profesional	Establecimiento de metas	Entrenamiento en comunicación
	Etapa final desenganche		Entrenamiento en solución de problemas
			Estrategias conductuales específicas

Sobre las intervenciones familiares se puede concluir que:

- La eficacia de las intervenciones es mejor cuando se combinan con medicación antipsicótica, con la consecuente reducción de la carga y de la emoción expresada de la familia, así como de la sintomatología clínica, también de las recaídas o incluso del número de rehospitalizaciones. La eficacia ha sido demostrada en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon et al., 2000).

- Según diferentes agrupaciones de expertos tales como la APA (1997) o la OMS (1997), entre otros, coinciden en que los componentes fundamentales que deben existir en las intervenciones familiares son:
  - Las intervenciones pueden variar en cuanto a su duración, así pues, encontramos intervenciones desde las 6-15 sesiones hasta las de 2 ó 3 años. Las diferentes investigaciones apuestan por una intervención más prolongada, en vez de breve, con apoyo posterior y de forma permanente a la familia para que puedan sentir en todo momento que se les atiende.
  - A pesar de la eficacia demostrada en los diversos estudios de intervención familiar, su utilización sigue siendo escasa.

## 2. Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales pretende instruir al paciente con técnicas conductuales y de aprendizaje para que se puedan llegar a desarrollar nuevas habilidades, o habilidades alternativas ampliando de esa forma las conductas adaptativas. Se pretende reducir los niveles de estrés que puedan surgir en la interacción social, así como aquellas dificultades que puedan aparecer en determinadas circunstancias, y a su vez, incrementar las capacidades de afrontamiento. Dicho entrenamiento puede ser individual o grupal. Una de las características de la esquizofrenia es el déficit en el funcionamiento social e interpersonal que padecen los pacientes afectados, por ello, el desarrollo de las habilidades sociales puede mejorar sus capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que contribuirán a que la calidad de sus relaciones sociales puedan ser mucho más adecuadas. Según Mueser y Sayers (1992) existen una serie de principios básicos que caracterizan a las habilidades sociales:

- 1) Las habilidades sociales se pueden enseñar y pueden ser aprendidas por personas con deterioro. A través del modelado o refuerzo social se puede llegar a aprender habilidades que nos permitan usarlas en sociedad.
- 2) La especificidad de las habilidades sociales según la situación. La evaluación del contexto es fundamental, pues no todas las situaciones en la que nos encontremos serán las mismas: el sexo de los participantes, el grado de familiaridad y la relación de los actores, el escenario, etc.
- 3) Las habilidades sociales pueden facilitar la competencia social, pero no necesariamente aseguran que vayan a ser siempre simples. En determinadas ocasiones, factores ambientales o circunstanciales (ansiedad) pueden mermar nuestra interacción.

Las habilidades sociales se agruparían en: cognitivas y conductuales. En las cognitivas podríamos considerar la percepción social y el procesamiento de información; y en las conductuales, conductas verbales y no verbales. Entre los elementos más importantes que podemos destacar en las habilidades sociales encontramos:

- Conductas expresivas: Contenido del habla; elementos paralingüísticos, conducta no verbal.
- Conductas receptivas: Percepción social
- Conductas interactivas: Momentos de respuesta, turnos de conversación, etc.
- Factores situacionales: Cultura, etc.

En una revisión realizada por Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman & Massel (1986), se detalla los distintos modelos de entrenamiento en habilidades sociales:

- I. Modelo básico de entrenamiento: se lleva a cabo de forma gradual para conseguir la conducta objetivo. Para ello, se establecen instrucciones, *role-playing*, ensayo conductual, moldeamiento de las habilidades, tareas entre sesiones para conseguir una generalización adecuada, y retroalimentación positiva.
- II. Modelo orientado a la atención: El objetivo es centrar la atención sobre aquello relevante para el proceso de aprendizaje, se utilizarán ensayos múltiples pero de corta duración, reducir la distraibilidad. Se utiliza mucho con esquizofrénicos de larga evolución.
- III. Modelo de solución de problemas: La ejecución inapropiada de las habilidades sociales puede ser la consecuencia del déficit en la capacidad de resolver problemas. La comunicación estaría compuesta por tres fases; fase de recepción, de procesamiento y de emisión. La fase de recepción consiste en prestar atención a las señales del entorno; la fase de procesamiento en generar alternativas y sopesar las consecuencias de cada una; y la fase de emisión en elegir la respuesta más adecuada.

Existen diversos estudios llevados a cabo por distintos autores acerca del entrenamiento en habilidades sociales y su repercusión en pacientes con esquizofrenia, véase tabla 15.

Tabla 15. Estudios controlados de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia (Vallina et al., 2001).

Estudio	Condiciones de tratamiento	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Síntomas	Recaída	Ajuste social
<b>Bellack et al. (1984)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	29	3 horas por semana, durante 3 meses	Tras 6 meses, mejor el grupo de habilidades sociales que el grupo control	Tras 1 año, igual ambos grupos	
	Grupo Control	14				
<b>Liberman et al. (1986)</b>	Entrenamiento en habiliddes sociales	14	10 horas a la semana durante 9 semanas	Tras 2 años, mejor el grupo de habilidades sociales que el de tratamiento holístico	Tras 2 años, iguales ambos grupos	Tras dos años, mejor el grupo de habilidades sociales que el de tratamiento holístico
	Tratamiento holístico	14				
<b>Hogarty et al. (1986, 1991)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	23	Habilidades sociales semanales, el primer año, y quincenales, el	A 2 años, sin diferencias entre las cuatro	Tras 2 años, la psicoeducación igual al grupo combinado y mejor que los de habilidades	A 2 años, el mejor ajuste se observó en el siguiente orden: grupo combinado, grupo de psicoeducación, grupo de habilidades sociales
	Psicoeducación	22				

	familiar		segundo		sociales y grupo control.
	Habilidades sociales positivas y psicoeducación	23			Iguals los grupos de habilidades sociales y control.
	Grupo control	35			
<b>Dobson et al. (1995)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	15	4 sesiones semanales, durante 9 semanas	Tras 9 semanas sin diferencias, entre grupos, en síntomas positivos, y mejor el grupo de habilidades sociales en los negativos.	Tras 1 año, iguales ambos tratamientos
	Ambiente social	13		Tras 6 meses ambos grupos iguales	
<b>Hayes et al. (1995)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales		Sesiones de 75 minutos, durante 18 meses	Tras 6 meses, ambos grupos iguales	Tras 6 meses, el grupo de habilidades sociales mejor que el de discusión
	Grupo de discusión				Ambos grupos iguales en el funcionamiento comunitario
	Total pacientes	63			
<b>Marder et al. (1996)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	43	2 años 3 horas por semana, el primer año, y 90 minutos por semana, el segundo año	Tras dos años, ambos grupos iguales	Tras dos años, ambos grupos iguales
	Terapia de apoyo	37			Tras dos años, el grupo de habilidades sociales mejor que el de terapia de apoyo
<b>Smith et al. (1996)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales		3 semanas	Reducción de síntomas positivos y negativos	Mejor cumplimiento cuidados posteriores al alta
<b>Liberman et al. (1998)</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	42	2 años: 12 horas semana en 6 meses, precedidas de 18 meses de manejo de casos	Tras 2 años, el grupo de habilidades sociales menor angustia.	A los dos años, el grupo de habilidades sociales mejor funcionamiento en habilidades de la vida diaria, incluso en áreas no relacionadas con las entrenadas
	Terapia ocupacional	42		Mantenimiento de los síntomas positivos	

Las habilidades sociales permiten a los pacientes con esquizofrenia aumentar su repertorio de destrezas, y además consiguen mantenerlas meses después de que finalice el tratamiento, con una consecuente reducción sintomática (Corrigan, 1991). No obstante, el impacto sobre la recaída no es tan espectacular. En líneas generales podemos considerar lo siguiente:

- La eficacia de las intervenciones es destacable, de manera que gran parte de los paciente consigue demostrar una gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar las habilidades sociales aprendidas (Heinssen et al., 2000; Smith et al., 1996). Se ha demostrado que los síntomas positivos apenas interfieren en el momento de obtener



dichas capacidades, aunque el beneficio que aportan tales capacidades adquiridas sobre tales síntomas es mínimo o incluso inexistente.

- Los componentes de las intervenciones que predominan son procedimientos modulares diseñados para compensar aquellas incapacidades cognitivas y del aprendizaje. Para ello se utiliza el ensayo conductual, el *feedback* inmediato, reestructuración cognitiva, la reducción de la distraibilidad, etc. (Bellack, 1997; Liberman, De Risi, & Mueser, 1989).
- La adquisición de las habilidades sociales puede llegar a ajustarse a cualquier fase de la enfermedad, desde un estado agudo, subagudo o aquellos más persistentes. El trabajo que se realiza debe adaptarse a cada paciente atendiendo a sus limitaciones y su potencial individual, es decir, adaptarse al perfil que tenga cada paciente. La duración de las intervenciones puede variar desde varias semanas hasta varios meses, pero parece ser recomendable una duración más extensa y prolongada en el tiempo para poder obtener mayores beneficios (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000).

### 3. Tratamiento para delirios y alucinaciones.

La revisión sobre los diversos tratamientos cognitivos-conductuales aplicados en pacientes esquizofrénicos demuestra que existen beneficios significativos en la reducción de la gravedad y del número de síntomas psicóticos (sobre todo los positivos), también en algunos síntomas negativos (anhedonia). También existe mejora en cuanto al cumplimiento del tratamiento farmacológico, es decir, la adherencia; en disminuir el número de síntomas residuales, etc. Las fases en las que se suele intervenir han sido mayoritariamente la fase estable o residual, y raramente en la fase aguda.

En la tabla 16 se muestran los componentes principales para la terapia cognitivo- conductual para la psicosis de diversos autores.

**Tabla 16. Componentes de los principales tratamientos cognitivos-conductuales aplicados a la esquizofrenia (Vallina et al., 2001)**

Terapia cognitivo-conductual para la psicosis (Fowler et al., 1995)	Terapia cognitiva para delirios y paranoia (Chadwick et al., 1996)	Terapia conductual (Kingdon & Turkington, 1994)	Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios (Yusupoff et al., 1996, 1998)	Terapia de cumplimiento (Kemp et al., 1997)
-Contacto y evaluación	-Seleccionar un problema	-Enganche y construcción del rapport	-Enseñar al paciente a manipular los determinantes de los síntomas	<i>Fase 1:</i>
-Uso de estrategias de manejo cognitivo-conductuales para la autorregulación de los síntomas psicóticos	-Evaluación de consecuencias emocionales y conductuales	-Explicación normalizadora de la psicosis	-Entrenar en cambiar los componentes de la reacción emocional a las voces o la activación de creencias delirantes	-Historia de la enfermedad
-Desarrollo de un	-Evaluación de antecedentes	-Examen de los antecedentes de la crisis psicótica		-Opiniones sobre el tratamiento
	-Confirmar asociación	Tratamiento de la		-Ligar cese medicación-recaída
				-Reconocer malas experiencias
				-Ventajas de

nuevo modelo de psicosis en colaboración con el paciente	entre antecedentes y consecuencias -Evaluar las creencias	ansiedad y depresión coexistente -Evaluación de la realidad	-Eliminar estrategias de afrontamiento mal adaptativas -Provisión de condiciones de entrenamiento realistas	implicarse en el tratamiento  <i>Fase 2:</i>
-Estrategias de terapia cognitiva para los delirios y las creencias sobre las voces	-Formulación de las conexiones entre ABC y el desarrollo psicológico evolutivo -Establecer metas y opciones	-Abordar síntomas psicóticos residuales	-Múltiples secuencias de estrategias	-Ambivalencia ante el tratamiento -Predecir incumplimientos -Considerar pros y contras
-Tratar las asunciones disfuncionales sobre uno mismo	-Desafío de creencias	-Manejo de síntomas negativos -Prevención de recaídas	-Uso de recurrencia de síntomas para los cambios adaptativos en la conducta interpersonal y el estilo de vida	Centrar en síntomas diana -Beneficios de la medicación -Desarrollar discrepancia
-Manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social		-Sesiones de afianzamiento		<i>Fase 3</i>  Mantenimiento del tratamiento Estrategias normalizadoras Prevención a largo plazo -Reconocimiento signos de recaída -Mantenimientos del contacto

**4. Conciencia de enfermedad**

Trabajar la conciencia de enfermedad es fundamental ya que buena parte de pacientes esquizofrénicos, se caracteriza por no tener conciencia de enfermedad. Poder llegar a conseguir un juicio correcto del tipo de enfermedad que se padece y una estimación de la gravedad de dicha enfermedad, es algo que se deberá de ir elaborando. Aspectos a tener en cuenta en la conciencia de enfermedad:

- ¿Considera el paciente que tiene una enfermedad mental?
- ¿Considera que necesita un tratamiento específico?
- ¿Tiene conciencia de algún síntoma?

Hay que valorar bien, si el motivo por el cual un paciente no desarrolla la conciencia de enfermedad adecuada pueda deberse a déficits neurológicos por daño cerebral, o bien que exista falta de conciencia de enfermedad resultado por un mecanismo de afrontamiento psicológico por parte del paciente. Sin duda alguna, una no conciencia de enfermedad va a dificultar el proceso de tratamiento e intervención en el paciente, y ello puede dificultar la

relación del paciente con el terapeuta e incluso con su entorno, porque para el paciente significará sentirse incomprendido.

## 5. Trabajar la adherencia al tratamiento

El incumplimiento del tratamiento no se da únicamente en la esquizofrenia, sino que es común en las enfermedades crónicas, siendo las tasas de incumplimiento entorno al 43% y 78%, e incluso puede descender aún más pasados los 6 meses (Cramer et al, 2003). Hay que tener muy presente que el cumplimiento del tratamiento farmacológico con neurolépticos es un indicador de un mejor pronóstico a largo plazo, por lo que mejorará la calidad de vida de los pacientes respecto a aquellos que no lo toman. Según Valverde et al (2001), las consecuencias del incumplimiento pueden ser:

- Un aumento de hasta el 40% de las recidivas.
- Un incremento en la gravedad y en la resistencia al tratamiento durante las recaídas.
- Puede aumentar de forma considerable la tasa de suicidio consumado, y de conductas perturbadoras, delictivas.
- Un incremento de homicidios y de agresiones.
- Un aumento generalizado de los recursos y servicios sanitarios.
- Mayores tasas de absentismo y de incapacidad a nivel laboral.
- Deteriora de forma significativa la calidad de vida y el nivel de autonomía.
- Puede implicar conflictos familiares/ social y por tanto aumentar el malestar emocional.

## 6. Resolución de problemas

Uno de los componentes de la intervención psicológica deberá ser también la resolución de problemas enfocado a la mejora de las situaciones vitales del paciente. Debido a la incapacidad que puede implicar la esquizofrenia, ya sea en la relación con el entorno, en la toma de decisiones adecuadas, en el trámite de documentos, etc., es conveniente que el paciente trabaje todas aquellas situaciones que pueden ir surgiendo en el día a día y para las cuales no se sienta lo suficientemente preparado o formado. Poder estructurar de forma detalladas unas pautas y unos pasos que seguir en las determinadas áreas que preocupen al paciente, mejorará la sensación de bienestar del paciente, por ello deberá ser parte del tratamiento.

### Otros aspectos relacionados con el tratamiento psicológico

#### ➤ **Terapia psicológica integrada (IPT)**

La terapia psicológica integrada, (IPT) es un programa de intervención grupal, cuyos componentes son de origen cognitivo-conductual (Brenner, Hodel & Corrigan, 1992; Roder et al, 1996). Está compuesto por varios subprogramas cuyo objetivo es mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales de los pacientes esquizofrénicos. Cada

subprograma tiene como objetivo mejorar procesos cognitivos específicos. A continuación se muestra el programa de la IPT, véase tabla 17.

**Tabla 17. Sinopsis de la IPT adaptado de (Hodel & Brenner, 1994)**

<b>Subprogramas</b>	<b>Foco de intervención</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Diferenciación cognitiva	Habilidades de atención	Clasificación de tarjetas
	Formación de conceptos	Ejercicios de conceptos verbales
Percepción social	Análisis de estímulos sociales	Descripción del estímulo social
		Interpretación del estímulo social
		Discusión del sentido de la situación
Comunicación verbal	Habilidades de conversación	Ejercicio de repetición verbal
		Ejercicio de repetición de análogos
		Interrogantes
		Conversación sobre un tema de actualidad
		Conversación libre
Habilidades sociales	Competencia en habilidades	Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades sociales
		Role-Playing
Solución de problemas interpersonales	Aplicación de estrategias de solución de problemas interpersonales	Identificación y análisis de los problemas
		Pre-estructuración cognitiva
		Traspasso de la solución elegida a situaciones de la vida real

### ➤ **Cognición social**

La cognición social hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluirían procesos implicados en la percepción, generación de respuestas ante las intenciones, interpretación, disposiciones y conductas de otros (Ostrom, 1984; Brothers, 1990). Por tanto, podemos considerar que la cognición social permite a la persona entender y actuar en las relaciones interpersonales. A pesar de que existe gran información acerca de los síntomas que se derivan de la esquizofrenia, hay menos estudios acerca de la cognición social (Brüne, 2005). Prestar atención a la cognición social, puede llegar a explicar mejor el deterioro social que existe en los pacientes esquizofrénicos, pues por ejemplo, los problemas conductuales en el ámbito social suelen ser frecuentes antes de los episodios psicóticos.

Los componentes de la cognición social son: procesamiento emocional, teoría de la mente, percepción social, conocimiento social, y estilo y sesgo atribucional (Brekke & cols., 2005;

Green & cols., 2005; Green & Nuechterlein, 1999; Penn & et al.,2005). A continuación se presentan dichas áreas:

- **Procesamiento emocional:** se incluirían los aspectos relacionados con percibir y utilizar emociones. Las tareas que se han utilizado para estudiar este concepto son las tareas sobre la percepción del afecto facial. Para ello, encontramos estudios realizados por Ekman (1976) en la que se comparaba a pacientes esquizofrénicos con pacientes sanos. Se presentaba en una tarea fotografías de caras con las seis emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, miedo, sorpresa y disgusto o vergüenza). Se encontró que los pacientes esquizofrénicos tenían más dificultades en la identificación de emociones como el miedo o caras neutras, las cuales les atribuían emociones negativas. Además también mostraron dificultad en la capacidad para expresar emociones faciales.
- **Teoría de la mente:** Premack y Woodruff (1978) definen a la teoría de la mente como la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros; como intenciones, disposiciones y creencias. Se considera que los pacientes esquizofrénicos tendrían mermada esta capacidad, aunque existirían datos no concluyentes, pues algunos autores consideran que si un paciente puede desarrollar ideas delirantes de persecución es porque no habría deterioro en la teoría de la mente. De acuerdo con los modelos que hablan de las tres dimensiones de la esquizofrenia (síntomas positivos, negativos y desorganizado), se considera que los pacientes con sintomatología negativa nunca desarrollarían una teoría de la mente; pacientes con síntomas negativos y desorganizados tienen peores resultados, en cambio, los que desarrollan una sintomatología positiva sí que pueden dar evidencia de la existencia de teoría de la mente (Garety y Freeman, 1999; Greig, Bryson y Bell, 2004).
- **Percepción social:** haría referencia a la capacidad para valorar reglas y roles sociales, y valorar el contexto social. Para poder estudiar la percepción social, los estudios se han centrado en el procesamiento del contexto y de las señales verbales, físicas e interpersonales (Mah, Arnold & Grafman, 2004; Penn, Ritchie, Francis, Combs & Martin, 2002). En la percepción social habría una primera fase encargada de la identificación o categorización inmediata de la conducta, y la segunda, ocupada responsable de decidir si la conducta observable se debe a estados estables o factores situacionales, la cual es la que estaría más afectada en pacientes con esquizofrenia. Además de esa dificultad para interpretar el contexto, los pacientes invierten más tiempo en las cosas menos relevantes, mayores dificultades para detectar información abstracta y aquella que no les resulte familiar. En relación a la percepción social, también encontraríamos el conocimiento social, en el cual se incluyen: las acciones, los roles, las reglas y las metas. También existiría dificultad en el desarrollo de tales características.
- **Estilo atribucional:** las atribuciones serían las explicaciones o razones a las que cada persona da a las causas de los resultados, sean negativos o positivos. Las personas esquizofrénicas suelen hacer atribuciones externas personales, más que situacionales, y suelen ser del tipo paranoide. Este estilo de atribución se caracterizaría por una

tendencia a exagerar, distorsionar o centrarse de forma selectiva en los aspectos hostiles o amenazantes de los demás (Feningstein, 1997).

### Evaluación de la cognición social

#### *Evaluación global de la cognición social*

- Interpersonal Perception Task (IPT; Archer & Costanzo; 1998). En esta prueba los pacientes deben observar unas escenas de vídeo sobre diferentes interacciones sociales. Se evalúan 5 dominios de la cognición social: estatus social, grado de intimidad, parentesco, competencia y engaño. Se pretende estudiar dimensiones de la cognición social tales como la percepción de aspectos no verbales de la interacción social, donde se incluiría la expresión facial y el lenguaje corporal o el significado de las afirmaciones.
- Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligent Test (MSCEIT; Mayer, Salovey & Caruso, 2002). Con este instrumento se pretende medir la inteligencia emocional. Consiste en un test de 141 ítems donde se evalúa cómo la gente actúa y resuelve problemas emocionales en ocho tareas divididas en cuatro tipos de habilidades: a) percepción de emociones, b) integración de las emociones para facilitar el pensamiento, c) comprensión de las emociones, y d) manejo de las emociones para promover el crecimiento personal.

#### *Instrumentos para evaluación de percepción y reconocimiento de emociones o afecto facial:*

- Pictures of Facial Affect (Ekman, 1976). Son un conjunto de fotografías donde aparecen personas expresando distintas emociones: miedo, alegría, tristeza, enfado, asco, sorpresa y neutro.
- Face Emotion Identification Test (FEDT; Kerr & Neale, 1993). Fotografías con las 6 expresiones básicas.
- Face Emotion Identification Test (FEIT; Kerr & Neale, 1993). Fotografías con las emociones básicas pero se presentan dos caras de forma simultánea y el participante debe decidir si las dos caras presentan la misma emoción o no.

#### *Evaluación de la percepción social*

- Schema Compression Sequencing Test-Revised (SCRT-R; Corrigan & Addis, 1995). Evalúa esquemas situaciones sociales.
- Situational Feature Recognition Test (SFRT; Corrigan y Green, 1993; Corrigan, Buican & Toomaey, 1996). También evalúa esquemas sociales situacionales.
- Videotape Affect Perception Test (VAPT; Bellack, Blanchard & Mueser, 1996). Evalúa la percepción del afecto.

*Evaluación de la teoría de la mente*

- Las pruebas que se utilizan para la teoría de la mente suelen incluir historietas que se leen individualmente a cada participante. Encontramos:
- Hinting Task (Corcoran, Mercer, & Frith, 1995). Evalúa la habilidad para inferir las intenciones que existen tras un determinado discurso.

➤ **Intervención motivacional con esquizofrénicos**

Es importante considerar que hasta la fecha, el tratamiento psicofarmacológico es vital para poder intervenir con los pacientes de patologías como la esquizofrenia. Durante la fase inicial de la enfermedad, existe un cambio importante con todo aquello que forma parte del autoconcepto, pudiendo llegar a aumentar la confusión, quedando alterado el autoestima y mermando de forma progresiva la propia identidad (Ridway, 2001; Birchwood et al., 1992). Por todo esto es común que las áreas de funcionamiento durante un primer episodio psicótico sufran cambios, incluso durante la fase prodrómica pueden darse dichas modificaciones a varios niveles: como el social, familiar, afectivo y lúdico. Para Ridway (2001) el hecho de que la esquizofrenia debute durante la adolescencia y el principio de la edad adulta influye de forma más significativa en los pacientes, pues se está forjando la identidad personal. Se hace hincapié pues, que se valore la motivación y el afecto típico de estas etapas evolutivas de los pacientes con esquizofrenia.

No hay que olvidar que la motivación es lo que en la mayoría de los aspectos de la vida de cualquier persona, tanto si padece una patología como si no, condiciona el grado de implicación o satisfacción en la realización de una tarea. La motivación será por tanto imprescindible para llevar a cabo un proceso terapéutico de forma satisfactoria, y en personas con esquizofrenia encontramos que se ha producido una ruptura y bloqueo de diversas áreas funcionales, lo cual le dificultará tener una motivación para cambiar. A continuación se muestran una revisión de diversos estudios realizados sobre el componente motivacional en la esquizofrenia (véase tabla 18).

**Tabla 18 Estudios motivacionales en el tratamiento para la esquizofrenia (Palma et al., 2007).**

Estudio	N	Grupos de comparación	Resultados
(Hayward et al., 1995)	25	-Terapia para el cumplimiento farmacológico (EM).  -Grupo control.	Se evidencian cambios en la actitud respecto a la medicación y mejora de <i>insight</i> . Pero en comparación con el grupo control la mejoría no es estadísticamente significativa.
(Kemp, Kirov, Everitt, Hayward & David, 1998).	74	-Terapia de cumplimiento farmacológico (estrategias de entrevista motivacional).	Se muestra una mejora en la actitud hacia la mediación, mayor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y mejoría del nivel de <i>insight</i> .

		- <i>Counselling</i> .	
<b>(Swanson et al., 1999)</b>	121	-Tratamiento estándar (farmacológico, psicoterapia individual y grupal, actividades de ocio).  -Tratamiento estándar más Intervención motivacional.	La proporción de pacientes que se vincularon a los servicios durante el seguimiento fue mayor en el grupo que realizó EM.
<b>(Baker et al., 2002 a y b)</b>	160	Intervención motivacional (n=79).  Tratamiento estándar (n=81).	No se muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de la reducción del consumo de sustancias ni de la adherencia al tratamiento.
<b>(Barrowclough et al., 2001)</b>	36	Intervención motivacional+terapia cognitivo conductual+ intervención familiar +tratamiento estándar.  -Tratamiento estándar.	Mejoría en el primer grupo en el funcionamiento global a los 12 meses de intervención. También mejoría en la sintomatología positiva y negativa del primer grupo respecto al segundo
<b>(Haddock et al. 2003)</b>	36	-Intervención motivacional+terapia cognitivo conductual+intervención familiar+tratamiento estándar.  -Tratamiento estándar	Mejoría significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses.  No se observan tales diferencias en la reducción de las necesidades de los cuidados ni en los costes sanitarios de ambos grupos.
<b>(Graeber et al, 2003)</b>	30	-Intervención psicoeducativa.  -Intervención motivacional.	Se observan diferencias significativas en las tasas de abstinencia a favor del grupo que recibe la intervención motivacional.
<b>(Brown et al., 2003)</b>	191	-Intervención motivacional.  -Consejo breve.	La intervención motivacional resultó más efectiva que el consejo breve para la abstinencia del tabaquismo en personas con esquizofrenia. Fue más efectiva en adolescentes tuvieran, o no, intención de cambiar el hábito. Sin embargo no fue efectivo en adolescentes con historia previa de intentos de dejarlo.
<b>(O'Donnell et al., 2004)</b>	94	-Terapia motivacional para la adherencia.  - <i>Counselling</i> .	Tras un año después de la intervención, el cumplimiento terapéutico no difirió entre el grupo de intervención y el control. No se encontraron diferencias en la mejoría sintomática ni en la calidad de vida.
<b>(Steingberg et al., 2004)</b>	78	-Intervención motivacional.  - <i>Counselling</i> .  -Consejo breve.	Se observa una mayor proporción de personas del primer grupo que deja de fumar (32%) respecto al grupo de counselling(11%) y el de consejo breve (0%)



			en una única sesión.
<b>(Kavanagh et al., 2004)</b>	25	-Intervención motivacional. -Tratamiento estándar.	Todos los participantes del primer grupo dejaron de consumir tras 6 meses de terapia comparado con el 58% que abandonaron el consumo de grupo control. Los cambios se mantienen a los 12 meses de seguimiento.
<b>(Haddock et al., 2003)</b>	36	-Intervención motivacional+terapia cognitivo conductual+intervención familiar+tratamiento estándar. -Tratamiento estándar.	El primer grupo mostró un mantenimiento de la mejora en funcionamiento global y síntomas negativos a los 18 meses de intervención. Sin embargo estas diferencias no fueron destacadas en recaídas ni en número de días de abstinencia (aunque las tasas fueron más bajas).
<b>(Bellack, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006)</b>	129	-Intervención motivacional +entrenamiento en habilidades sociales. -Grupo control (terapia de soporte).	Los resultados muestran efectos significativos en el primer grupo en el post-tratamiento a los 6 meses en las medidas de manejo de recursos comunitarios, rehospitalizaciones y calidad de vida.

- ❖ Aspectos positivos que se consiguen con terapia motivacional: mejora de nivel de insight, mejora de la actitud hacia la medicación, una mejora de la clínica respecto a los síntomas, el funcionamiento global, consumo de sustancias y recaídas.
- ❖ Limitaciones: a pesar de que se obtuvieron mejores resultados en el 90% de los estudios con el componente motivacional y por tanto demostrar su efectividad, sólo el 55% mostró una diferencia significativa en cuanto a mejoría. Se precisaría de más estudios en la misma línea. Se evidencia que los pacientes, en las primeras fases del trastorno efectúan pocos esfuerzos y de corta duración, tienen un locus de control externo con expectativas negativas (Hodel & Brener, 2004). Las estrategias de motivación no tienen como objetivo primordial obtener un grado de conciencia de enfermedad absoluto, de hecho sin medicación y programas de intervención psicosocial sería complicado. Además, una toma de conciencia de enfermedad repentina puede tener como contra la aparición de sintomatología depresiva (Palma et al., 2005).

No debemos de olvidar que la terapia motivacional tiene un componente imprescindible, y es el mismo terapeuta. La función del terapeuta será de vital importancia para llegar a motivar al paciente en su adherencia al tratamiento, y conseguir el cambio esperado. Rollnick (1995) habla de “espíritu motivacional” para referirse a ese modo en que tiene el terapeuta para relacionarse con sus pacientes.

Para hablar de intervención motivacional el terapeuta debe tener en cuenta algunos aspectos, a continuación se presentan una serie de principios teóricos propuestos por Miller y Rollnick (1991):

**Expresión de la empatía:** La empatía es una habilidad que se adquiere y que consiste en la capacidad de “ponerse en el lugar del otro”, es decir, saber acompañar de forma afectiva a otra persona. El profesional deberá de ser capaz de transmitir (de forma verbal o no verbal) al paciente que capta la emoción que manifiesta el paciente, con una aceptación incondicional sobre lo que se exprese en la terapia.

**Ayudar a desarrollar discrepancia:** se debe ayudar al paciente a encontrar aquellas situaciones que le incomoden, le causen conflicto, para desarrollarlas. Se pretende que el paciente sea capaz de expresar emociones que le generen incomodidad, y ser capaces de trabajar con ello y procurar así aspirar a una motivación para el cambio.

**Evitar las argumentaciones:** dar consejos y recomendaciones psicoeducativas pueden generar rechazo “reactancia psicológica” (Bosch y Cebrià, 1999). La persuasión puede generar resistencia al cambio, pues el paciente podría sentir que su capacidad de elección está condicionada por una autoridad.

**Trabajar resistencias:** a pesar de que el clínico haga un buen trabajo, pueden surgir resistencias por parte del paciente. Por ese motivo podemos utilizar una serie de estrategias para manejar la situación:

*-Estrategias para el manejo de las resistencias:*

- i. Empatía: tanto la expresión verbal como no verbal de la empatía es una estrategia principal.
- ii. Exploración de las creencias: es muy complicado realizar un cambio si éste va en contra de nuestro sistema de creencias. Por ello, se haría imprescindible explorar el sistema de creencias, preguntar al paciente respecto a su opinión sobre determinados aspectos. Se trata de desactivar aquellas creencias que puedan estar bloqueando los procesos de cambio y que dificulten el trabajo terapéutico, una buena estrategia es la “reconversión de ideas”.
- iii. Reconducción por objetivos: Se utiliza cuando el paciente da rodeos y evita hablar de ciertos temas bloqueando de ese modo los procesos de comunicación.
- iv. Doble pacto: se trata de negociar con el paciente cuando exista una resistencia activada por una necesidad del paciente ligada al proceso de cambio.
- v. Explorar valores: consiste en preguntar al paciente acerca de aquellas cosas que son importantes y de qué manera le influyen.
- vi. Decisión balanceada: el objetivo es que el paciente sea capaz de realizar un balance sobre aspectos positivos y negativos de la conducta objetivo.

**Fomentar y reforzar la sensación de autoeficacia:** es importante tener en cuenta que no se puede entender el cambio sin considerar 3 aspectos fundamentales: la autoestima, el locus de control interno y la creencia sobre la capacidad de cambiar. El terapeuta debe transmitir al paciente que éste tiene capacidad sobre aquellas conductas en las que demuestre cierta capacidad de control. Es muy importante que el paciente pueda llegar a experimentar éxito en su relación terapéutica para de ese modo mejorar su autoestima y su autoeficacia sobre aquellas conductas que haya como objetivo.

Para comprender todo este proceso Prochaska & Diclemente (1992) nos hablan de una serie de estadios en su modelo trasteórico que consta de las siguientes etapas/estadios: precontemplativo, contemplativo, determinación, cambio activo, mantenimiento y recaída. A pesar de todo esto, no debemos de olvidar que los pacientes con esquizofrenia pueden presentar diversas dificultades como: deterioro cognitivo, déficits de percepción, velocidad del procesamiento de la información alterada, la conciencia de enfermedad, etc. Hay que valorar que el tiempo lo marca el paciente, no las intervenciones, pues el propio paciente debe de ser quien experimenta todo el proceso que está viviendo y según vaya integrando la información, avanzar.

## 8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Al hablar de adherencia, podemos encontrar documentos científicos que también hablen de “cumplimiento”. El cumplimiento se definiría como: *“el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”* (Haynes,1979).

La adherencia se ha definido como: *“ el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo”* (Barofsky, 1978)). A pesar de ello, es normal encontrarse ambos términos utilizados indistintamente con el mismo fin. La adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave es determinante para todo el proceso en el que se encuentra el enfermo. Cuando hablamos de adherencia, se hace referencia a aspectos tales como los hábitos de vida del paciente, actitud, etc., y no sólo a seguir las pautas de ingesta de medicamentos. El hecho de que las patologías mentales sean crónicas, la existencia de una escasa conciencia de enfermedad o el alto grado de estigma que acompaña a los trastornos mentales dificultan que se desarrolle una buena adherencia al tratamiento, de tal modo que ello puede repercutir en determinados aspectos tales como:

- Peor pronóstico (Tacchi & Scott, 2005).
- Un mayor número de hospitalizaciones (Díaz et al., 2001).
- Más tiempo hasta conseguir la remisión (Leutch & Heres, 2006).
- Altas tasas de suicidio (Hawton et al., 2005)
- Pérdida de trabajo y peligrosidad para sí mismo y para los demás (Burton, 2005).

Poder abordar la esquizofrenia con mayor facilidad implica tomar un tratamiento, a largo plazo. Se pretende poder reducir la sintomatología, prevenir las recaídas, controlar los intentos de suicidio y mejorar en términos generales la calidad de vida de los pacientes. A pesar de que los medicamentos neurolépticos clásicos y los atípicos o de nueva generación han demostrado ser útiles, la esquizofrenia continúa siendo una enfermedad infratratada y la adherencia sigue mostrando bajos niveles en pacientes esquizofrénicos. El incumplimiento de las pautas indicadas por los profesionales a los pacientes esquizofrénicos sigue siendo algo frecuente, y ello conlleva consecuencias clínicas graves (Kane, 1985; Kane2007), y elevados costes sanitarios (Gilmer et al., 2004; Thieda et al., 2003; Weiden & Olfson, 1995). Según Perkins (2002) el coste de la esquizofrenia es de alrededor de 400 millones de libras en Reino Unido y más de 10 billones de dólares en Estados Unidos. Según Lacro (2002) las tasas de incumplimiento en pacientes esquizofrénicos serían del 50% aproximadamente y sólo un tercio de los pacientes con dicha enfermedad cumplen con las indicaciones (Oehl et al., 2000).

### Evaluación de la adherencia

Existen escalas para evaluar la adherencia de los pacientes, algunas de ellas miden la actitud y el cumplimiento tales como:

- Rating of Medication Influences (ROMI): Desarrollada por Weiden (1994), consta de 20 ítems y está basada en el modelo de creencias de salud y evalúa los motivos de la adherencia y los motivos de la no adherencia. Se usa para evaluar la influencia de los factores psicosociales y contextuales (Bobes et al., 2007).
- Drug Attitude Inventory (DAI): La escala DAI (Hogan et al., 1983) mide el efecto subjetivo que producen los fármacos antipsicóticos en los pacientes, y ha sido muy utilizada. En esta escala se miden actitudes, creencias, sentimientos sobre la medicación. Esta escala contiene 30 ítems, o una versión con 10 y es autoadministrada.
- Medication Adherence Rating Scale (MARS), (Thompson et al., 2000): evalúa la conducta hacia la adherencia y actitudes. También es autoadministrada y está formada por 10 ítems.
- Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB) (Dolder et al., 2004): también está basada en el modelo de creencias sobre salud y evalúa la conciencia de enfermedad y los beneficios del tratamiento, las dificultades externas y las internas. Contiene 8 ítems y es autoadministrada.

Las nuevas tecnologías también han permitido desarrollar nuevos instrumentos de evaluación:

- Dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring System): Se trata de un bote donde está la medicación de los pacientes, y contiene un microprocesador que registra el número de veces que la tapa se abre y la hora. A pesar de parecer muy eficaz, para Remington (2007) este sistema cuenta con algunas limitaciones entre las cuales estaría que la apertura de tal dispositivo no asegura que el paciente haya tomado la cantidad necesaria, o que directamente no la haya tomado.

### Factores implicados en la adherencia

El incumplimiento del tratamiento es de origen multifactorial (Kane, 1985). Aquellos factores de riesgo que se han estudiado (véase tabla 19) como relacionados directamente con el incumplimiento son los que tienen que ver con el paciente, el contexto, el profesional sanitario y el propio tratamiento (Oehl et al., 2000; Fleischhaker et al., 2003).

#### *Paciente*

- Aspectos sociodemográficos: Respecto al sexo, se ha observado que los hombres tienen una peor adherencia que las mujeres (Fleischhacker et al., 2003; Velligan et al., 2009), y que la población joven son los que más incumplen (Hui et al., 2006). El estado civil no parece ser un factor de riesgo (Lacro et al., 2002), pero sí el hecho de vivir solo

(Gilmer et al., 2004). Para Velligan (2009) el perfil característico de mayor riesgo es el de hombre, joven y nivel socioeconómico bajo.

- Alteraciones psicopatológicas: Los síntomas psicóticos parecen influir directamente en la adherencia al tratamiento, así pues, pacientes con delirios de persecución y de envenenamiento tienen más dificultades para tomar la medicación, y existe gran dificultad de convencer a los pacientes con delirios de grandeza (Fleischhacker et al., 2003). Además también parecen influir los síntomas negativos o incluso los déficits cognitivos para el cumplimiento.
- Factores psicológicos: Según Awad (2004), la actitud y las creencias sobre la salud, la enfermedad, o el tratamiento es un factor relacionado con la adherencia.

#### Entorno

- El hecho de tener un precario nivel de apoyo social y familiar son aspectos muy importantes que influyen en la adherencia en pacientes con primer episodio psicótico (Rabinovitch et al., 2009). Aunque el hecho de no vivir solo, pero estar en un ambiente donde el entorno perjudica al enfermo debido a relaciones estresantes puede mermar la adherencia al tratamiento también (Fleischhacker et al., 2003).

#### Profesional sanitario

- La relación terapéutica es fundamental en todo el proceso de la enfermedad, si la relación es deficiente puede implicar un factor de riesgo para la adherencia (Lacro et al., 2002). En la relación que establece el profesional con el paciente es importante tener en cuenta aspectos relacionados como la psicoeducación sobre el tratamiento y sobre la enfermedad que ofrece al paciente y a los familiares. La mala relación del paciente con su médico, la sujeción durante el ingreso y el bajo nivel de introspección como predictores de una mala adherencia (Day et al., 2005).

#### Tratamiento

- Los factores que relacionan el tratamiento y la adherencia son varios. pues la falta de eficacia hacia los síntomas positivos y negativos es un factor de riesgo (Velligan et al., 2009); o la existencia de efectos secundarios se asocia también con una peor actitud hacia el tratamiento (Lambert et al., 2004).

Tabla 19. Resumen de factores de riesgo relacionados con la falta de adherencia en pacientes psicóticos adaptado de (Giner et al., 2006)

PACIENTE	ENTORNO	MÉDICO	TRATAMIENTO
<b>Factores sociodemográficos</b> Pacientes jóvenes y ancianos Género masculino	Deficiente apoyo social y familiar	Deficiente relación terapéutica	Falta de eficacia frente a síntomas persistentes (síntomas psicóticos y síntomas negativos).
<b>Factores clínicos generales</b> Consumo de alcohol y drogas. Incumplimiento previo.	Percepción social negativa de la enfermedad. Estigma Dificultades de acceso a los servicios sanitarios.	Deficiente psicoeducación e información al paciente y familiares Menor contacto terapéutico	Aflicción asociada a efectos adversos. Complejidad de la pauta de medicación. Menor cumplimiento en tratamiento oral vs intramuscular.
<b>Alteraciones psicopatológicas</b> Deficiente insight Déficit cognitivos		Inadecuada	

<p>Delirios de persecución, envenenamiento y grandeza. Síntomas positivos. Síntomas negativos.</p> <p><b>Factores psicológicos: actitudes, creencias y otros aspectos subjetivos</b></p> <p>Actitud negativa frente al tratamiento. Respuesta subjetiva negativa frente al tratamiento. Consideración de la enfermedad como leve y/o beneficio menor con el tratamiento. Vergüenza y estigma asociada a la toma de tratamiento y la enfermedad.</p>		<p>planificación para el periodo post alta hospitalaria</p>	
---	--	---	--

### Estrategias para mejorar la adherencia

Para poder mejorar la situación en la cual se puede encontrar un paciente que no mantiene una rutina en cuanto al cumplimiento del tratamiento y de las pautas que se le han indicado, es importante que el profesional sanitario siga una serie de directrices. Algunas de las intervenciones recomendadas serían: establecer una buena alianza terapéutica, dedicar el tiempo necesario a las entrevistas que se realizan, valorar si existen factores de riesgo para la no adherencia, valorar la motivación que tiene el paciente hacia la toma de la medicación y hacer que la familia se implique cuando la situación lo requiera (Julius et al., 2009).

La guía NICE (2009) establece una serie de recomendaciones:

#### *Dirigidas al profesional sanitario*

- Establecer una buena alianza terapéutica, de lo contrario la adherencia será menos probable.
- El profesional debe adaptarse a las necesidades que pueda tener el paciente y debe de considerar que el paciente puede tomar sus propias decisiones hacia el tratamiento.
- La comunicación que debe de existir entre el profesional y el paciente debe de ser efectiva, para ello se debe de utilizar todo aquello que permita al paciente entender la información.
- Debe de aceptarse que pueden existir situaciones en las que el paciente decida no tomar la medicación (siempre que el paciente tenga capacidad de ello y tenga la información suficiente).
- La adherencia está directamente relacionada con las creencias y las preocupaciones de los pacientes, y deben de ser evaluadas a lo largo del tiempo pues pueden ir cambiando.
- Hay que brindar la información necesaria sobre el trastorno y los fármacos existentes.
- El profesional debe aceptar que la no adherencia es algo frecuente y que la mayoría de los pacientes alguna vez atraviesan esa fase.
- Ser consciente de que aunque la adherencia es potencialmente mejorable, no existe una fórmula que permita mejorar a todos los pacientes y que sea aplicable a todos.

*Dirigidas al paciente*

- Realizar intervenciones psicosociales, donde se incluya a la familia.
- Ofrecer información acerca del tratamiento.
- Abordar los factores de riesgo que estén vinculados al incumplimiento del paciente.
- Estrategias individualizadas.

*Dirigidas al entorno*

- El entorno debe ser lo más agradable posible.
- Implicar a la familia y a los cuidadores y motivarles a detectar la no adherencia.

*Dirigidas al tratamiento*

- Establecer unas pautas de tratamiento sencillas.
- Ofrecer información adecuada sobre el tratamiento y la enfermedad.
- Elegir el fármaco que menos efectos secundarios produzca.
- Valorar los efectos adversos de la medicación.

Proyecto ADHES

Debido al interés suscitado por esta variable que puede dificultar el proceso de curación de los pacientes, se desarrolló en España en el año 2005 el proyecto ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia) donde participaron alrededor de 800 psiquiatras españoles y donde se recababa la información de cerca de 7. 000 pacientes. A continuación se desarrolla tal proyecto para poder sacar determinadas conclusiones sobre la adherencia en pacientes esquizofrénicos

## Participantes:

- Psiquiatras: 844 psiquiatras debían de responder a un total de 10 preguntas sobre sus pacientes.

Respuesta de los psiquiatras		
844 psiquiatras / n = 7439 pacientes	Sí (n%)	No (n%)
¿Sospecha usted que su paciente ha olvidado algún día en el último mes tomar la medicación tal y como le fue prescrita?	4. 224 (56, 8)	3. 215 (43, 2)
¿Piensa que su paciente ha decidido alguna vez dejar de tomar la medicación (o ha tomado exceso de la misma) por voluntad propia?	5. 260 (70, 7)	2. 179 (29, 3)
Si alguna respuesta anterior es afirmativa, ¿considera que su paciente se muestra incapaz de percibir un empeoramiento en su estado de salud tras los primeros días de omisión del tratamiento?	4. 708 (63, 3)	2. 731 (36, 7)
¿Su paciente tiene o ha tenido alguna vez una rutina diaria irregular, vive o ha vivido en circunstancias (familiares, entorno, etc.) que puedan dificultar un adecuado cumplimiento diario de su tratamiento?	4. 542 (61, 1)	2. 897(38, 9)
¿Sospecha usted que su paciente consume o ha consumido recientemente alcohol o drogas?	3. 271 (44)	4. 168 (56)
¿Considera que su paciente necesita que la familia, el psiquiatra, etc., le recuerden que debe tomar la medicación para que éste la tome tal y como fue prescrita?	5. 479 (73, 7)	1960 (26, 3)
¿Su paciente muestra o ha mostrado alguna vez falta de conciencia de enfermedad que pueda conducir a un cumplimiento irregular de su medicación?	6. 198 (83, 3)	1. 241(16, 7)
¿Su paciente padece problemas de deterioro cognitivo (memoria afectada, desorganización, etc.) que pudiera dificultar el cumplimiento diario de su	3. 448(46, 4)	3. 991 (53, 6)



medicación?		
¿Su paciente alguna vez se ha sentido avergonzado o molesto por tener que toma comprimidos todos los días para su enfermedad?	4. 760 (64)	2. 679 (36)
Cuando su paciente se ha encontrado mejor, ¿alguna vez ha pensado que no fuera necesaria la medicación y ha dejado de tomarla?	5. 391 (72, 5)	2. 048 (27, 5)

- Pacientes: Los pacientes debían de responder a preguntas relacionadas a la adherencia farmacológica y a su actitud frente al tratamiento.

Respuestas de pacientes con respecto a su actitud frente a la medicación prescrita por el psiquiatra.		
N=938	Sí (n%)	No (n/%)
Se ha notado peor cuando no toma la medicación	619 (66)	319 (34)
Valora la medicación como algo beneficioso para usted	844 (90)	94 (10)
Toma la medicación sólo cuando se siente enfermo	150 (16)	788 (84)
Le resulta molesto tener que tomar todos los días medicación para su enfermedad	422 (45)	516 (55)
Respuestas de los pacientes respecto al grado de cumplimiento del tratamiento		
Toma habitualmente su tratamiento	891 (95)	47 (5)
Se suele olvidar de tomar la medicación	328 (35)	610 (65)
Alguna vez dejó de tomar la medicación por voluntad propia	394 (42)	544 (58)

- Familiares: Los familiares debían responder a 7 preguntas sobre el consumo de tratamiento farmacológico de sus familiares afectados.

Respuestas de familiares con respecto al grado de cumplimiento del tratamiento por el paciente		
N =796	Sí (n%)	No (n/%)
Piensa que su familiar toma la medicación habitualmente	653 (82)	143 (18)
Cree que su familiar alguna vez olvida tomar la medicación	374 (47)	422 (53)
Piensa que su familiar ha dejado alguna vez de tomar la medicación por voluntad propia	414 (52)	382 (48)
Res puestas de los familiares sobre la actitud del paciente frente a la medicación que le ha prescrito su psiquiatra		
Sospecha que el paciente le oculta una actitud negativa respecto a su medicación	295 (37)	501 (63)
Cree que el paciente valora la medicación como algo beneficioso para él /ella	573 (72)	223 (28)
La toma diaria de la medicación se ha convertido en un tema de discusión frecuente	231 (29)	565 (71)
Le sería más cómodo disponer de un tratamiento que sólo se administre una vez cada varias semanas	605 (76)	191 (24)

Las diferencias significativas que se muestran entre pacientes y profesionales dan pie a considerar que los pacientes minimizan su comportamiento y actitud hacia el tratamiento farmacológico, pues pueden incluso considerar que suprimir una dosis durante un tiempo no formaría parte de un incumplimiento terapéutico. Los pacientes tienden a negar problemas con el cumplimiento, y tales problemas de cumplimiento es característico en todo tipo de pacientes, tanto difíciles como aquellos que reciben un buen apoyo social. Es difícil para un paciente esquizofrénico tomar conciencia de en qué medida aumenta el riesgo de recaída si deja de tomar la medicación.

# MARCO EMPÍRICO



## 9. ESTUDIO DE CASO

### Caso Paciente Z

Z es un paciente de 18 años que vive con sus padres y su hermana en un pueblo de Castellón. No ha finalizado la E. S. O. y actualmente no está realizando ningún curso, ya que abandonó el módulo de mecánica que había iniciado en 2014. Z estuvo en un orfanato en Ucrania entre los 4 y los 7 años de edad. Fue adoptado en 2004 (cuando tenía 7 años) junto a su hermana biológica (un año menor que él) a la que conoce en el momento de la adopción. Sus padres biológicos fallecen cuando él tenía 4 años en un accidente de tráfico. La familia biológica no relata que haya habido complicaciones a lo largo de su desarrollo. Durante la infancia le gustaba el colegio y estudiar, sobretodo ciencias del medio ambiente. Entre las aficiones del paciente hay que destacar que le gusta el deporte y el dibujo. A partir de los 13 años al pasar al IES se juntó con malas compañías, empezó a suspender todo, no quería ir a clase, comenzó a fumar tabaco (1 paquete al día). A los 16 años inicia consumo de cannabis (fin de semana) y consumo de alcohol a diario (1 botella de whisky que frecuentemente bebía en clase haciéndola pasar por agua). Fue a partir de esa edad cuando comenzaron los problemas más graves.

Un día, cuando Z tenía 16 años, amenazó a su familia con un arma blanca, tras haber discutido y fue en ese contexto junto con las alteraciones conductuales en casa cuando ingresa en la sala de infanto-juvenil del Hospital Provincial por primera vez en el año 2014. El padre comentó el día de su primer ingreso que ese episodio de amenaza fue bastante significativo, pero que hacía ya un tiempo que Z había comenzado a comportarse de forma extraña, pues en el año 2012, a la edad de 15 años Z pasó la noche con su hermana en la montaña esperando el fin del mundo. También existía comportamiento perturbador en casa donde daba grandes puñetazos e incluso rompía parte del mobiliario, había comenzado a amenazar a la familia de forma reiterada, y también dejó de mantener un mínimo de higiene personal. Z también manifestaba clínica autorreferencial desde 2012, cuando comenta que todo el pueblo decía que era gay, “lo oía aunque nadie nunca se lo dijo directamente”, pero tampoco hacía crítica sobre ello. Z también comenzó a referir alucinaciones auditivas “voces que se burlaban de él por los comentarios que hacía el pueblo” y además también manifestaba fenómenos de lectura de pensamiento. A pesar de todo ello, era significativo que en su relato se percibía escasa afectación a nivel emocional. Con el consumo de cannabis que mantenía, se intensificó la clínica alucinatoria (alucinaciones visuales y auditivas) y autorreferencial. Z habla de voces distintas, según el lugar en el que las escucha, que le hacen comentarios positivos: “eres un tío culto, inteligente, rápido” y negativos, menos frecuentes actualmente. En la actualidad sólo las escucha cuando se enfada y suelen animarle a defenderse cuando se siente atacado, como en las peleas.

Con el paso del tiempo, Z fue elaborando una historia muy particular acerca de su pasado, pues relata una parte de su historia vital en Ucrania entre los 6-7 años y de contenido totalmente fantástico que narra como si fuese real (mafia, poderes, peleas ilegales, transformaciones, capacidades físicas sobrenaturales, visitas a otros planetas, etc.). Refiere que su estancia en el orfanato fue positiva, que “allí conoció a su maestro el cual le ha

enseñado todas las habilidades sobrehumanas que posee”, y donde según comenta, “le pasaban cosas divertidas”. Z siempre comentaba que al venir a España desaparecieron parte de las capacidades que tenía y eso le asustó. No sabe cómo llegó al orfanato, sólo recuerda que un día despertó allí (con 4 años). A pesar de que Z es ingresado por primera vez en 2014, y que han sido varios los ingresos (cuatro actualmente), Z manifiesta una escasa conciencia de enfermedad. Al preguntarle por el motivo de consulta sobre su primer ingreso, Z hablaba sobre la problemática conductual: fugas del domicilio, consumo THC y Alcohol, ausencias del IES, discusiones con sus padres, entre otros. Durante las semanas previas a su segundo ingreso en mayo del 2014, con motivo de las fiestas locales, las alteraciones de conducta de Z aumentaron. Se hizo evidente cómo el paciente no llegaba a mejorar ya que persistieron los problemas a nivel conductual; fugas de domicilio durante 2-3 días; consumo THC; abandono de la medicación que desencadenaron en la reaparición de sintomatología y en su segundo ingreso de dos meses y medio. Una de las medidas que se adoptaron tras el ingreso hospitalario de Z, fue que acudiese al Hospital de Día como parte del tratamiento. En una de las consultas con la psicóloga del Hospital de Día al que se le derivó, Z destacaba la ideación fija de abandonar todo tipo de tratamiento y seguimiento cuando cumpliera los 18 años. La disposición a acudir al hospital de día era buena, mostraba interés y preguntaba por las actividades quería que se le ayudase a estudiar y manifestaba deseos de retomar el curso que no pudo finalizar por la presencia de sintomatología positiva. El consumo de cannabis y alcohol se ve potenciado por las relaciones tóxicas que mantiene, ya que su círculo social exagera y mantiene los síntomas de Z, y por tanto, agravan la evolución de su enfermedad. Z comenta en uno de los ingresos que sus amigos le grababan en vídeo y que lo publicaban en internet. El contenido de dichos vídeos reproduce situaciones en las que se puede observar al paciente delirando e incluso perdiendo el conocimiento, todo ello se produce por el grado de interferencia que le generan sus amistades, las cuales no toman conciencia de la gravedad de la situación de Z y se mofan de su psicopatología. Además, el entorno de Z se caracteriza por estar presente en peleas callejeras, habiendo historia de altercados e, incluso, de intervención policial. Por todo ello, Z se ha visto involucrado en diversos problemas.

Ante toda esta situación, Z ha pasado a ser considerado un paciente grave, donde hay que llevar a cabo un seguimiento psicofarmacológico que estabilice su sintomatología actual y le permita mejorarse de la situación en la que se encuentra.

# 10. HISTORIA CLÍNICA

## PACIENTE Z

**Datos de filiación:** El paciente Z es un varón 18 años con estudios básicos, sin la E. S. O. finalizada.

**Motivo ingreso:** Se trata del cuarto ingreso del paciente en la Unidad Infanto-Juvenil. Se produce un incidente en el Hospital de Día donde acude el paciente, donde se detecta a varios compañeros consumiendo marihuana; el paciente reconoce su participación. Se le expulsa durante 15 días del centro y se le ingresa en el hospital para continuar tratamiento rehabilitador.

**Diagnóstico principal:** Esquizofrenia indiferenciada.

**Otros diagnósticos:** Consumo perjudicial de cannabis.

**Antecedentes familiares:** Natural de Ucrania, adoptado a los 7 años (2004) junto a su hermana biológica un año menor. Se desconocen datos relativos a sus padres biológicos. Actualmente la hermana se encuentra en proceso de emancipación y existe problemática entre ella y los padres adoptivos.

**Antecedentes psiquiátricos:** Seguimiento psicológico desde los 16 años desde servicios sociales. Seguimiento en USM por sospecha de cuadro psicótico. Durante este año ha ingresado en dos ocasiones en la sala de infanto-juvenil por clínica psicótica y alteraciones conductuales con agresividad en el domicilio, según consta en su historia en contexto con ideación delirante de perjuicio.

**Tóxicos:** tabaquismo desde los 13 años. Inicia consumo de cannabis a los 16 años (fines de semana) y consumo de alcohol a diario. Actualmente abstinente.

### **Datos biográficos y del desarrollo:**

- Embarazo: No hay datos.
- Parto: No hay datos.
- Alimentación: Normal.
- Sueño: Requiere de hipnóticos.
- Desarrollo psicomotor: Normal.
- Desarrollo del lenguaje: Normal.
- Desarrollo psicosocial: Manifiesta que nunca ha tenido problemas para relacionarse.
- Escolaridad: No ha finalizado la E. S. O.

**Historia del paciente:** Natural de Ucrania, sus padres fallecen cuando él tenía 4 años en un accidente de tráfico. Estuvo en un orfanato en Ucrania entre los 4 y los 7 años de edad. Adoptando en 2004 (cuando tenía 7) junto a su hermana biológica (un año menor que él) a la

que conoce en el momento de la adopción. Durante la infancia le gustaba el colegio y estudiar (sobre todo ciencias del medio ambiente). Relata que a los 13 años al pasar al IES se juntó con malas compañías, empezó a suspender todo, no quería ir a clase, comenzó a fumar tabaco (1 paquete al día). A los 16 años inicia consumo de THC (fin de semana) y consumo de alcohol a diario (1 botella de whisky que frecuentemente bebía en clase haciéndola pasar por agua). En este contexto y debido a alteraciones conductuales en casa ingresa en la sala de infanto-juvenil del hospital provincial. No ha finalizado la ESO, comenzó un módulo de mecánica el pasado curso que tuvo que abandonar por clínica psicótica. Tiene un grupo de amigos de Castellón con los que sale, practica deporte, parkour, etc. Entre las aficiones del paciente hay que destacar que le gusta el deporte y el dibujo. Practicaba atletismo antes de comenzar a fumar y cree que si hubiera seguido no hubiera tomado drogas.

### Psicopatología:

- Alucinaciones
  - Manifiesta que escucha voces que le dan mensajes positivos y negativos.
- Delirios
  - Tiene a “su maestro” el cual le va ayuda a ser la persona más fuerte del mundo, lo conoce desde su estancia en el orfanato.
  - Acabar con todos los humanos y construir una bomba electromagnética que debe poner en 7 lugares del planeta (2014).
  - Fenómenos de lectura de pensamiento.
  - Capacidad sobrenatural de fuerza.
  - Relata tener poderes y misiones.
  - Alistarse a la legión francesa, para conseguir armas y así quitarse la vida.
  - Ser piloto de avión en Rusia porque se gana más dinero que en Francia.
  - Comenta haber realizado viajes intergalácticos a otros planetas, en concreto uno llamado “Hearts”.
- Alteración conductual
  - Ha amenazado en varias ocasiones con un cuchillo a los padres.
  - Déficit control de impulsos agresivos.

Se evidencia en la patología del paciente Z que gran parte de las alucinaciones y delirios están directamente relacionadas con:

- Series de animación japonesa: Dragon Ball.
- Videojuegos: Final fantasy, Kingdom Hearts.
- Películas: Ghost Rider.

### Historia clínica de ingresos:

**PRIMER INGRESO 3/3/2014 - 7/04/14**

Motivo de consulta: Con 16 años Z es trasladado por la SAMU tras amenazar a su familia con un cuchillo y amenazarles de muerte.

Exploración: Hace comentarios de tipo: “ es que los humanos sois...” Cuenta autorreferencias y capacidad para leer el pensamiento de los demás que lo explica como “ a mí me viene una idea y a los segundos es lo que dice otro”. Cuenta que “ escucha a los fantasmas” y son voces que sobre todo le hablan por la noche.

#### **SEGUNDO INGRESO 23 /05/14 - 19/08/2014**

Motivo consulta: descompensación psicótica y abandono de tratamiento. En los últimos días Z presenta falta de cumplimentación de la pauta oral, alteraciones de conducta que incluyen fugas de domicilio y amenazas heteroagresivas graves. Significativo deterioro del cuidado personal.

Exploración: Z relata que en los últimos días han sucedido episodios de riesgo en la que no es consciente del peligro. Relata peleas con grupos de gitanos en las que se utilizan cadenas, asalto con arma blanca, saltar entre los tejados, etc. Relata que viene de otro planeta y que tiene poderes y misiones.

#### **TERCER INGRESO 18/11/2014 - 1/12/14**

Motivo ingreso: incidente en el hospital de día. Se detecta a varios compañeros consumiendo marihuana, reconoce su participación. Se le expulsa durante 15 días del centro y se le ingresa.

#### **CUARTO INGRESO 18/03/2015 - 20/04/2015**

Motivo ingreso: Se produce un incidente en el Hospital de Día donde acude el paciente, donde se detecta a varios compañeros consumiendo marihuana, reconoce su participación. Se le expulsa durante 15 días del centro y se le ingresa en el hospital.

Exploración: En el último alta hospitalaria Z se muestra visiblemente mejor, ha disminuido la ideación de muerte que previamente presentaba, se muestra motivado y con el propósito de seguir tomando la medicación y se compromete a seguir yendo al hospital de día. Considera que los amigos que tiene no le hacían bien y ha decidido acabar con algunas relaciones que tenía.

#### ***Factores que influyen en la evolución:***

Mantenedores y exacerbantes.

- Consumo de drogas y alcohol.
- Relaciones poco favorecedoras con ciertas amistades.

#### **Datos familiares:**

Estructura: En casa conviven el padre, la madre y la hermana de Z. Su hermana es menor que él, tiene 16 años, su madre es ama de casa y su padre trabaja.

Dinámica familiar: Los padres se sienten desbordados. La alteración conductual es evidente con amenazas de arma blanca. No hay adherencia al hospital de día porque se fuga. Desapariciones constantes del domicilio durante varios días, suele marcharse sin avisar. Los



padres muestran en muchas situaciones una falta de habilidad para poder controlar la situación y se hace evidente que requieren de más aptitudes para poder afrontar la enfermedad de su hijo.

### Exploraciones

- Pruebas de neuroimagen: Resonancia magnética sin hallazgos patológicos.
- Pruebas psicológicas:

#### **STAIC –C (Evaluación de la Ansiedad)**

(7/03/2014)

- Ansiedad estado: pc 97 / Ansiedad rasgo: pc98

(07/04/2014)

- Ansiedad estado: pc25 / Ansiedad rasgo: pc 70

#### **CDI (Evaluación de la depresión infantil)**

(05/03/2014)

- Depresión: pc96 (severa)
- Disforia: pc 95 (severa)
- Autoevaluación negativa: pc95 (severa)

(07/04/2014)

- Depresión: pc 65
- Disforia: pc 90 (leve)
- Autoevaluación negativa: pc 20

- Tratamiento farmacológico

Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Dormir
Quetiapina prolong 400mg	0	0	1	0
Noctamid 2mg	0	0	1	0
Escitalopram 10 mg	1	0	0	0
Maintena 400mg	c/28 días			

## Orientación diagnóstica:

### Diagnóstico multiaxial DSM-IV-TR

- EJE I: F20. 30 Tipo indiferenciado de esquizofrenia (295. 90)
- EJE II: Ninguno.
- EJE III: Ninguno.
- EJE IV: Los problemas ambientales a los que se ve expuesto el paciente son varios:
  - *Problemas en el domicilio*  
La dinámica familiar está algo deteriorada por lo que funciona como factor mantenedor de la problemática actual. Los padres se sienten algo desbordados y no saben cómo actuar en la mayoría de situaciones por lo que se hace patente que existe un estrés familiar que impide que la situación sea mucho más liviana. La hermana tiene una buena relación con el paciente. Aunque se trate de la hermana, ha sufrido en alguna ocasión amenazas por parte del paciente e incluso una vez llegó a ser agredida. La relación con los padres es algo inestable, aunque con el padre sale a practicar deporte algunas ocasiones. Todos los integrantes de la familia han sufrido alguna vez las consecuencias de algunos síntomas del paciente, siendo los episodios de amenazas con arma blanca los más peligrosos hasta el momento. Es importante destacar las continuas disputas que se producen en el domicilio del paciente debido a que no se cumplen las normas establecidas por sus padres, no cumple horarios ni realiza las tareas que se le indican. El paciente puede irse de fiesta un viernes y volver varios días después sin avisar sobre su paradero ni con quién se encuentra.
  - *Problemas relativos al ambiente social*  
El paciente manifiesta que tiene una gran cantidad de amistades y que son de calidad, pero la realidad demuestra lo contrario. El paciente tiene amigos que perjudican gravemente en su proceso de rehabilitación, porque fomentan sus síntomas incitándole en varios momentos a que manifieste parte de sus síntomas delirantes. Para ello, le pueden preparar un “ritual de energía” donde sus amigos le piden que manifieste sus superpoderes. Por tanto, se muestra evidencia de que el entorno social del paciente funciona como factor mantenedor de los problemas.
  - *Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen*  
El paciente se ha visto sometido a varios problemas con la ley, por altercados y vandalismo. Este factor está directamente relacionado con el entorno social que rodea al paciente, concretamente sus amistades.
  - *Otros problemas psicosociales y ambientales*  
Uno de los problemas del paciente es la falta de adherencia, no sólo al tratamiento farmacológico sino también a las demás pautas indicadas como la asistencia al Hospital de Día. El paciente no acude con regularidad al hospital, por lo que todas las actividades que debería estar realizando no se llevan a cabo. En muchas ocasiones el paciente ha salido de casa comunicando a sus padres que se dirigía hacia el hospital

pero no se presentaba. Se hace evidente que esta continua falta de asistencia al centro, o la fuga que se haya podido producir del mismo en alguna ocasión, merman el proceso de rehabilitación psicosocial del paciente.

- EJE V: EEAG= 21-30

# 11. INFORME NEUROPSICOLÓGICO

Paciente de 18 años de edad, diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada. Se procede a la evaluación neuropsicológica de las funciones cognitivas.

## **EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:**

### **La evaluación neuropsicológica realizada al paciente muestra los siguientes resultados:**

- ❖ Lateralidad manual: Diestro.
- ❖ Nivel de estudios: Básicos. No finalización de la E. S. O. Los cursos de formación a los que se matriculó; mecánica y carpintería, no los ha finalizado.
- ❖ Hábitos cognitivos: El paciente realiza las actividades indicadas en el Hospital. Por cuenta propia, fuera del ámbito hospitalario, el paciente no realiza hábitos cognitivos.
- ❖ Observaciones: Se muestra colaborador durante la exploración.

## **ORIENTACIÓN:**

Normal en tiempo, persona y lugar.

## **VALORACIÓN NIVEL INTELECTUAL PREMÓRBIDO**

Nivel intelectual manipulativo (matrices WAIS) PD: 11 / PE: 5/ Z: 1, 66 / T: 36, 3 Alterado

## **FUNCIONES VISO-PERCEPTIVAS Y VISO-ESPACIALES**

Test de Poppelreuter: NORMAL

## **ATENCIÓN/VELOCIDAD DEL PROCESAMIENTO**

-Trail making test

- Forma A: Alterado
- Forma B: Alterado

-SDMT PD: 32 Alterado.

-Stroop: Alterado.

**MEMORIA**

Figura Rey Copia PD: 19 Alterado / Memoria PD: 16 Alterado

**FUNCIONES EJECUTIVAS**

FAS (fluencia verbal) PD: 27 / Z: -1, 2 Alterado

**CONCLUSIÓN**

El paciente se muestra dispuesto en la realización de todas las actividades y no muestra ningún tipo de inconveniente a lo largo de toda la evaluación en la cumplimentación de las diversas pruebas. Se evidencia cierta capacidad en llevar a cabo la tarea correspondiente, se muestra implicado, pero no se ajusta al tiempo esperado que se establece para cada una de las pruebas. La velocidad que muestra para la ejecución es significativamente reducida, viéndose incapaz de poder llevar a cabo las tareas dentro de los límites de la normalidad. De todo ello se concluye que el paciente podría padecer alteración en la velocidad del procesamiento de la información, siendo más lento de lo normal, e incluso en su capacidad para atender. A pesar de que se evidencia cierta alteración en la gran mayoría de áreas evaluadas del paciente, sería conveniente plantearse un entrenamiento cognitivo adecuado mediante tratamiento rehabilitador, para poder obtener conclusiones más exactas acerca de la influencia negativa de la enfermedad en el caso de este paciente.

## 12. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA

El centro donde realicé mis prácticas ha sido el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, concretamente en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. En esta unidad, se atienden casos graves de niños y adolescentes de hasta 18 años como máximo (habiendo siempre excepciones). El objetivo de este servicio es realizar el ingreso de los menores que padecen algún tipo de patología mental grave, como es el caso del paciente Z, y que han acabado ingresados bien por el servicio de urgencias (intervención en crisis, etc.) o bien porque han sido derivados por el fracaso con otro tipo de tratamiento en el ámbito ambulatorio (Hospital de día, UTA).

En el citado centro, la hospitalización de los pacientes se considera parte del proceso terapéutico, y se realiza para aportar un beneficio que las demás intervenciones no hayan podido abordar. La hospitalización psiquiátrica es un tratamiento de carácter intensivo, donde existe una atención continuada (24 horas al día), con personal especializado y con un tiempo de estancia media breve pudiendo ser desde unos días hasta unos meses. Desde esta unidad se pretende cubrir el diagnóstico y el tratamiento (psicofarmacológico y psicoterapéutico), así como a la atención a la salud en general. A pesar de que esta unidad no cuenta con la figura de psicólogo, los pacientes realizan determinadas actividades terapéuticas, llevadas a cabo por el personal sanitario del cual disponía la sala (personal de enfermería, auxiliares, etc.). A continuación se detalla aquellas intervenciones que se llevaron a cabo con el paciente Z mientras estuvo ingresado en la Unidad Infanto-Juvenil:

### **Intervenciones terapéuticas:**

#### ***Talleres educativos***

Durante la estancia en el Hospital, todos los pacientes participaban de forma activa en los talleres que se realizaban semanalmente. Estos talleres trataban sobre diversas temáticas, y todas ellas estaban directamente relacionadas con la salud. En muchas ocasiones los pacientes adquirían nuevos conocimientos que desconocían hasta el momento, y en otras ocasiones reforzaban lo que ya conocían. La dinámica de los talleres era siempre la misma, los pacientes debían de sentarse todos juntos en la sala principal y allí se impartía la sesión. La duración era de 1 hora aproximadamente. Es muy importante tener en cuenta el clima que se podía observar en las dinámicas grupales que se realizaban en los talleres, pues ya no sólo importaba el contenido de los talleres sino también la interacción que existía entre los pacientes. Algunos de los talleres que los pacientes realizaron fueron:

- Sexualidad:
- *Higiene del sueño*
- *Ergonomía*
- *Salud bucodental*
- *Habilidades sociales*
- *Prevención consumo de drogas*
- *Protección solar*

- *Ejercicio físico*

En el caso de Z, estos talleres le ofrecían muchos conocimientos que él afirmaba no conocer, como la asertividad, la importancia del control de la ira, etc. En el caso de pacientes con esquizofrenia, la educación que se imparte con los talleres fomenta su desarrollo cognitivo y formaría parte del tratamiento rehabilitador que precisan, ya que la esquizofrenia puede repercutir directamente en sus destrezas y habilidades cognitivas.

### **Talleres de relajación**

Los tipos de relajación que se practicaban eran:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Relajación en imaginación.

La relajación era otra de las actividades programadas para los pacientes. En el caso de Z, esta actividad se limitaba a la relajación muscular, pero nunca a la relajación con imaginación debido a su psicopatología, pues la relajación en imaginación que se aplicaba al resto de pacientes podía repercutir negativamente en su caso, pudiendo aflorar los síntomas psicóticos.

### **Cinefórum**

Esta actividad se llevaba a cabo los fines de semana, y los pacientes veían una película o documental sobre la cual tenían que elaborar posteriormente una redacción. De tal modo podía evaluarse la capacidad de atención y concentración en esta tarea.

### **Juegos populares**

Esta actividad consistía en jugar a determinados juegos de mesa, donde los pacientes interactuaban, y ponían en práctica sus habilidades para relacionarse con los demás. Dependiendo del tipo de juego, el paciente podía entrenarse en atención, control de impulsos, habilidades sociales, etc., dependiendo del juego.

### **Mindfulness:**

Este tipo de técnica se llevaba a cabo para permitir a los pacientes en el aquí y ahora, dejando fluir sus pensamientos, no evitándolos ni rechazándolos, sino aceptar que estaban ahí, sin juzgarlos.

## 13. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Atendiendo a las necesidades del paciente, se detalla a continuación los objetivos terapéuticos para un futuro plan de intervención con el paciente Z.

### 1. **Controlar el consumo de estupefacientes, reforzar la abstinencia y favorecer relaciones sociales más ajustadas.**

Uno de los aspectos que dificulta la fase de estabilización del paciente es el contacto directo que Z tiene con las drogas. Debido a los círculos por donde Z se mueve, el acceso a determinadas sustancias adictivas tales como marihuana o alcohol es muy sencillo. El paciente, debido a su escasa conciencia de enfermedad, no comprende la repercusión que tiene la ingesta de tales drogas, en qué medida estos factores exacerbaban y empeoran su clínica. Cuando el paciente ingresó en el hospital, apenas mostró una conducta de abstinencia ni exteriorizó un malestar intenso sobre la falta de consumo, por lo que una de las hipótesis que se podría plantear es que el consumo que realiza el paciente Z estaría muy vinculado a su entorno y los hábitos que tienen las personas que le rodean cuando está fuera de casa. Uno de los puntos a tratar con Z es fomentar que se relacione con personas que realmente le ofrezcan una estabilidad y no potencien toda la clínica psicótica. Hasta el momento Z mantiene contacto con toda una serie de personas que le perjudican gravemente, exacerbaban y mantienen sus delirios, le graban en vídeo, se ríen de él y siempre se envuelven en problemas con la ley. Sería conveniente como parte del tratamiento poder instruir al paciente en conocimientos sobre las drogas, y que conozca mucho mejor las consecuencias que tienen las drogas en él, para que asimile mejor la repercusión y las consecuencias a las que se expone, así como no relacionarse con gente que fomente todo eso.

### 2. **Trabajar reconocimiento de situaciones de elevada impulsividad, heteroagresividad y problemas de control de impulsos.**

El paciente Z ha demostrado tener una escasa capacidad para controlar la ira en determinadas situaciones, y aquellas situaciones de estrés o frustración han terminado con cierta agresividad la cual no ha sabido controlar. Poder instruir al paciente en saber controlar tales situaciones en las que se siente desbordado es parte fundamental del proceso de rehabilitación, intentar que Z se controle repercutirá directamente en su sensación de autocontrol y por tanto en su autoestima.

### 3. **Conseguir vinculación/adherencia al tratamiento de Hospital de Día.**

Aunque el paciente manifiesta abiertamente comprometerse en acudir al Hospital de Día, nunca consigue acudir de forma continuada, pues al cabo de los días acaba marchándose. El paciente se marcha antes de la hora, o directamente no llega a incorporarse al Hospital, se desconoce a qué lugar acude en sus ausencias. Este será un punto a desarrollar con el paciente.



**4. Prevenir recaídas clínicas y reingresos hospitalarios.**

Z muestra cierta incapacidad para mantenerse estable una vez recibe el alta hospitalaria. Existen determinados factores que influyen directamente en sus recaídas, desde su ámbito social, hasta su nula conciencia de enfermedad. Por este motivo, se plantearía trabajar las recaídas con el paciente y trabajar los mecanismos de prevención.

**5. Establecer mínima conciencia de enfermedad.**

Sin lugar a dudas trabajar la conciencia de enfermedad con Z es indispensable, porque a partir de aquí, Z podrá llevar a cabo una rehabilitación en la que él mismo pueda darle un sentido y un valor de estar siendo ayudado. Mientras no se trabaje su conciencia de enfermedad, Z seguirá manteniéndose hostil en más de una circunstancia, pues se siente incomprendido y cree que nadie le entiende.

**6. Conseguir adherencia al tratamiento farmacológico.**

Z no consigue la adherencia que realmente necesitaría, pues no considera ser un enfermo, por tanto no debe de tomar nada según su criterio. Además, añade que los efectos secundarios de la medicación le resultan desagradables. Poder trabajar este punto, permitirá obtener beneficios para la salud de Z, y además permitirá que la clínica psicótica disminuya, y por tanto, poder trabajar con él más áreas de la vida diaria que puedan estar afectadas. Si Z consigue adherirse de forma adecuada, será mucho más abordable poder tratarle.

**7. Búsqueda de actividades deportivas saludables.**

El paciente valora positivamente la actividad física por que le hace sentirse mejor. Considera que practicando ejercicio consigue estar más relajado. Además se define como inquieto y comenta que necesita practicar ejercicio. Proponer al paciente unas pautas sobre el ejercicio adecuado será otro de los objetivos a tratar.

**8. Orientar y apoyar a la familia en el manejo del paciente y de sus dificultades.**

La familia de Z no parece saber controlar la situación, pues siempre se desbordan como consecuencia del desconocimiento sobre la enfermedad. Los padres ponen normas en casa, horarios de llegada, etc., pero Z no los cumple y termina siempre llegando días más tarde. Poder trabajar con la familia, educarles en el conocimiento de la enfermedad, podrá ayudarles a prevenir situaciones y recaídas posibles por parte del paciente. Modificar determinadas formas de relacionarse con Z también les permitiría afrontar las situaciones con mayor efectividad.

## 14. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Con el tratamiento cognitivo conductual se pretende que el paciente establezca una relación entre; pensamientos, emociones, sentimientos y conductas, con sus síntomas y su funcionamiento cotidiano. En el caso de Z la propuesta de intervención que a continuación se presenta se llevaría a cabo una vez que el paciente recibiese el alta hospitalaria, ya que actualmente se encuentra en la Unidad de Media Estancia y el pronóstico por ahora será de permanecer ingresado como mínimo 6 meses. A continuación se detallan los módulos que se aplicarían al paciente Z:

- ❖ *Módulo Adherencia Hospital de Día*
- ❖ *Módulo Psicoeducación*
- ❖ *Módulo Activación conductual*
- ❖ *Módulo Conciencia de Enfermedad*
- ❖ *Módulo Adherencia farmacológica*
- ❖ *Módulo Resolución de problemas*
- ❖ *Módulo de HH. SS y Resolución de Problemas*
- ❖ *Intervención familiar*
- ❖ *Módulo de prevención de recaídas*

### **Módulo Adherencia Hospital de Día**

*OBJETIVO TERAPÉUTICO: Conseguir vinculación/adherencia al tratamiento de Hospital de Día.*

En todas las ocasiones en las que Z fue dado de alta, se consideró oportuno que parte de su tratamiento fuese acudir al Hospital de Día, ya que allí recibiría toda la atención que necesitaba. A continuación se muestra el horario de una de las semanas del Hospital de Día:

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10	Comentario de prensa	Salida/Excursión	Taller manual	Documental	Juegos de atención
10:30	Descanso		Descanso	Descanso	Descanso
10:45	Buenos días		Activa tu mente	Relajación/Juegos	Hablamos
11:45	Descanso		Descanso	Descanso	Descanso
12	Piscina/Duchas	Taller: resumen salida	Polideportivo/duchas	Sudoku	Polideportivo/Duchas
13:30	Preparar medicación	Preparar medicación	Preparar medicación	Preparar medicación	Preparar medicación
13:45	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer
14:45	Salida	Salida	Salida	Salida	Salida

Como se puede observar, todas las actividades que allí se realizan permiten en gran parte mejorar el estado en el que se encuentra cualquier paciente pues se aborda gran parte de la problemática que pueda presentarse, desde tener higiene, hasta relacionarse con más gente.

Z acudía al Hospital de Día, pero no más de 1 semana y durante el tiempo que acudía, se ausentaba o no entraba en el centro. Hay que procurar trabajar con él este aspecto, conseguir que se vincule, para ello hay que motivarle y procurar que no abandone para evitar cualquier tipo de desenlace trágico.

### **Módulo Psicoeducación**

*OBJETIVO TERAPÉUTICO: Controlar el consumo de estupefacientes, reforzar la abstinencia y favorecer relaciones sociales más ajustadas.*

La psicoeducación no se trata de un componente aislado, sino que forma parte de toda la intervención terapéutica, tanto con el paciente como con su familia. Dicho esto, es importante tener en cuenta en el caso de Z, que requiere un tipo de psicoeducación específica sobre drogas por lo que con este módulo se plantea concienciar al paciente, y explicarle todo aquello que sea necesario para evitar el consumo que realiza. Z no muestra en los ingresos un síndrome de abstinencia que le produzca un malestar intenso, más bien comenta que lo extraña pero que puede vivir sin ello, por lo que se reafirma la hipótesis de que su entorno social es el que potencia indudablemente el consumo que Z realiza. A continuación se explican los componentes que formarían parte de la psicoeducación sobre consumo de sustancias:

- *Informar al paciente sobre los efectos de la droga en la enfermedad.*
- *Explicar cómo algunos entornos favorecen las conductas de consumo.*
- *Poner en práctica la asertividad; “No a las drogas”.*

Para que el paciente reciba la información y le resulte sencillo comprender los conocimientos que se le quieren transmitir, se muestra a continuación un modelo de explicación teórica sobre drogas:

Tipo de droga	Efectos	Droga
<b>Depresoras</b>	Deprimen o disminuyen el funcionamiento del Sistema Nervioso Central	- Alcohol - Tranquilizantes - Hipnóticos - Opiáceos (heroína)
<b>Estimulantes</b>	Incrementan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central	- Anfetaminas - Cocaína - Nicotina (tabaco) - Xantinas: cafeína, teofilina
<b>Perturbadoras</b>	Modifican las percepciones y las sensaciones	- Cannabis, cáñamo, marihuana - Drogas de síntesis - LSD

Además de transmitir información al paciente sobre las drogas, también es conveniente llevar a cabo actividades que nos permitan saber el grado en el que el paciente es conocedor sobre todo aquello que se le transmite, y todo aquello que conoce. Se propone a continuación un ejemplo de actividad a tratar con Z:

Actividad: **HABLANDO DE DROGAS**

¿Podrías escribir los distintos tipos de drogas que conoces o de las que has escuchado hablar?

.....

.....

.....

¿Podrías decir cuál es el efecto principal que causan las drogas en tú cerebro?

<b>Sustancia</b>
<b>Efecto principal en el cerebro</b>

**Módulo Activación conductual**

*OBJETIVO TERAPÉUTICO: Actividad deportiva saludable.*

Una de las aficiones del paciente es practicar atletismo. El paciente manifiesta durante todo el ingreso que practicar deporte le resulta placentero y agradable, lo practica con alguno de sus amigos y también sale a veces con su padre a practicarlo. Desde hace un tiempo lo ha dejado pero se considera oportuno que retome esta actividad porque permite al paciente llevar a cabo una actividad que le mantiene activo y la que dedica toda su atención. El paciente practicaba parkour con sus amigos, pero tuvo accidente grave en el que tuvo una lesión importante. Debido al peligro que implica esta actividad no se le aconseja llevarla a cabo nuevamente, e incluso el paciente es consciente que es algo demasiado peligroso como para volver a lo mismo. La activación conductual debería formar parte del tratamiento de este paciente, y especialmente la práctica de atletismo puede tener efectos positivos sobre la salud de Z por lo que se considera oportuno este factor como parte del proceso de rehabilitación. Uno de los objetivos del tratamiento para el paciente Z es fomentar la realización de actividades que puedan servirle para canalizar su necesidad de adrenalina, de forma saludable y segura. El paciente Z tiene una constitución física considerable, pues está acostumbrado a realizar ejercicios y por ello ha desarrollado musculatura y tiene aptitudes de deportista. Se

considera muy importante establecer unas pautas de actividad física para el paciente porque de esa manera se pretende conseguir, entre otras cosas:

- **Poder invertir parte del tiempo en la realización de ejercicio:** Si el paciente realiza actividad física, puede estar distraído, de tal forma que puede establecer una nueva rutina saludable en su día a día y poder tener una distracción con la que se pueda hacer mucho más fácil evitar otros hábitos no saludables.
- **Compartir dichas actividades con su entorno:** Si el paciente lleva a cabo conductas de ejercicio, tales como salir en bicicleta con su padre, podrá no sólo practicar ejercicio físico, sino que además podrá socializarse y es un momento perfecto para poder restablecer vínculos y fortalecerlos con aquellos que le rodeen.
- **Canalizar su necesidad de descargar adrenalina:** El paciente refiere a lo largo de su estancia en el Hospital, que le es necesario tener actividad en su día a día porque necesita sentirse activo. Si se realiza ejercicio físico es una forma de que pueda sentirse bien, y ello también es una conducta saludable que le permitirá experimentar una búsqueda de sensaciones salubres.
- **Mejorar su autoestima:** El paciente consideraba muy necesario practicar deporte porque ello repercutía en su estado anímico, por lo que se considera oportuno que lo realice porque permitirá al paciente seguir sintiéndose bien.

En este módulo se pretende que el paciente se mantenga activo para que ello repercuta en su bienestar, pero se debe de orientar al paciente en cuanto al tipo de actividad que debe de realizar y cuáles es mejor que evite por su propio bienestar, por lo que además de fomentar la realización de deporte, se deberá de orientar en qué actividades queremos introducir y ofrecerle alternativas a lo que realizaba. A continuación se muestran algunas de las actividades que se propondrían al paciente para seguir practicando ejercicio a diario:

Ejercicios diarios recomendados	Ejercicios no recomendados
<input checked="" type="checkbox"/> Salir con la bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar parkour con las antiguas amistades
<input checked="" type="checkbox"/> Ir a la pista de atletismo	
<input checked="" type="checkbox"/> Hacer ejercicio en casa	
<input checked="" type="checkbox"/> Acudir al gimnasio	
<input checked="" type="checkbox"/> Patinar	
<input checked="" type="checkbox"/> Salir a correr	

Observamos que en la propuesta de actividades existen muchas más alternativas saludables que las no recomendadas. Con ello se pretende evitar que el paciente reincida nuevamente en un deporte de alto riesgo que puede repercutir negativamente en su recuperación y ofrecerle un amplio abanico de posibilidades en el que pueda llegar a comprobar por él mismo que tiene un amplio repertorio con el que poder satisfacer sus necesidades sin tener que recurrir a conductas peligrosas para su bienestar. Debido a que el paciente ha estado realizando una modalidad deportiva de alto riesgo tal como el parkour, se propone como parte del tratamiento la participación por parte del paciente en nuevas actividades que no formen parte

de las actividades planificadas anteriormente en su día a día pero que constituyan una fuente de satisfacción y de descarga de adrenalina considerable tales como:

### PROPUESTA DE NUEVAS ACTIVIDADES

- Piragüismo
- Buceo
- Rocódromo
- Barranquismo

Las siguientes actividades permitirían al paciente poder experimentar la suficiente adrenalina al paciente como para poder sentirse cómodo y satisfecho, por lo que al ser actividades en las que se requiere un especialista que acompaña en todo momento al paciente, se podrían proponer como parte de la terapia del paciente.

Teniendo en cuenta todo lo comentado, se espera que el paciente mejore en su relación en cuanto a la actividad física, todas las propuestas de tratamiento tienen como objetivo servir de herramienta para que el paciente pueda llevar a cabo unos hábitos de vida saludables, y permitirse a sí mismo poder descubrir nuevas alternativas y estrategias para vivir mejor. A continuación se muestran dos ejemplos de posibles horarios que podríamos elaborar junto al paciente para que se organice su tiempo de actividad deportiva:

#### Propuesta Horario 1

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>De 6 a 7</b>	Gimnasio	Correr	Ejercicio en casa	Ir a la pista de atletismo	Patinar

#### Propuesta horario 2

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>De 11 a 12</b>	Bicicleta	Gimnasio	Patinar	Correr	Gimnasio

### Módulo Conciencia de Enfermedad

*OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: Conciencia de ser paciente esquizofrénico*

En este módulo, al igual que en el resto, será importante la psicoeducación. Una vez hemos introducido al paciente los conocimientos sobre la enfermedad, sus características y cómo se manifiesta, debemos de saber hasta qué punto el paciente lo reconoce como algo propio y si se identifica con todo aquello que le hemos comentado. A modo de cuestionario, podemos administrarle una serie de preguntas para analizar el grado de introspección que muestra el paciente, algunas de esas preguntas serían: <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Preguntas extraídas de materiales propios del Hospital de Día

- 1) ¿Qué es para ti la enfermedad?
- 2) ¿Consideras que estás enfermo? ¿Por qué?
- 3) ¿Cómo se llama la enfermedad que padeces?
- 4) ¿Cuáles son los síntomas que produce?
- 5) ¿Sabes lo que es la ansiedad?. Explícalo.
- 6) ¿Sabes lo que es la depresión? Explícalo.
- 7) ¿Sabes lo que es la paranoia? Explícalo.
- 8) ¿Sabes lo que es una alucinación? Explícalo.
- 9) ¿Te han pasado cosas alguna vez? ¿Cuáles?
- 10) ¿Sabes el nombre de la medicación psiquiátrica que tomas? ¿Para qué sirve?
- 11) ¿Crees necesario tomar la medicación? ¿Por qué?
- 12) ¿Durante cuánto tiempo crees que debes de tomarla?
- 13) ¿Alguna vez dejaste de tomar la medicación por cuenta propia? ¿Por qué?
- 14) ¿Has acudido alguna vez al psicólogo? ¿Por qué?
- 15) ¿Alguna vez has tomado drogas? ¿Las consideras perjudiciales para tu salud?
- 16) ¿Sabes cuándo tienes la próxima visita con el psiquiatra y/o cuándo te toca la próxima inyección?
- 17) ¿En qué crees que pueden beneficiarte los ingresos hospitalarios, el Hospital de Día o las consultas?

### **Módulo Adherencia farmacológica**

*OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: Adhesión al tratamiento y prevención de recaídas.*

La adherencia farmacológica es necesaria e imprescindible si se pretende una estabilidad sintomática y una mejora en la calidad de vida del paciente. Para ello, hay que cerciorarse de todas aquellas creencias y conocimientos que posea el paciente para poder empezar a trabajar con él. Algunos de los puntos clave para trabajar en este módulo son:

#### Sentimientos hacia la medicación:

En un primer momento, se le preguntará al paciente que sensación tiene al tomar medicación, se evalúa la existencia de posibles miedos, sentirse esclavo a tomar la medicación, miedo a los posibles efectos secundarios, miedo al rechazo de los demás, etc. Habiendo evaluado los posibles miedos del paciente, podemos llegar a comprender por qué el paciente ha podido llegar a dejar de tomar la medicación alguna vez y es en ese aspecto dónde se puede llevar a cabo una reestructuración cognitiva para reconducir al paciente en la adherencia. Hay que desmitificar junto con el paciente, esto es, se le debe de explicar que existe mucha gente que toma medicación a diario por diversas enfermedades; diabetes, trastornos mentales, etc., pero precisamente esa medicación es la que nos permitirá funcionar mejor en nuestro día a día.

#### Definiendo conceptos

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del módulo de adherencia al tratamiento será explicarle bien al paciente los términos que se vinculan al tratamiento y que los conozca bien para

posteriormente saber identificar correctamente todas aquellas situaciones que puedan ir surgiendo y también poder trabajar algún concepto que pueda estar sucediendo:

- Efectos secundarios: Se le explica al paciente que como consecuencia de la ingesta de medicamentos, nuestro cuerpo puede responder provocándonos reacciones tales como somnolencia, sequedad de boca, etc. Es importante que le expliquemos al paciente que ante cualquier duda en este sentido puede consultar al psiquiatra.
- Beneficios del medicamento: El paciente puede manifestar que no toma medicación porque no se nota nada cuando la toma. Para ello, deberemos de comentarle que la medicación adquiere su mayor beneficio a los 10-15 días, por lo que la mejoría va poco a poco.
- Seguir las pautas indicadas: Si el paciente tiene que tomar determinada medicación a determinada hora, es muy importante que no se salte ninguna dosis y tampoco tomarla a otra hora.
- Dejar la medicación al sentirse bien: Este punto es muy importante ya que muchos pacientes manifiestan que cuando se encuentran mejor deciden dejar la medicación. Hay que trabajar este punto y hacer comprender al paciente que no hay que abandonar la medicación porque puede haber una recaída posterior.
- Abuso: Tomar más medicamento del indicado puede ser contraproducente, pues pueden aumentar los efectos secundarios, desarrollar problemas de salud, etc. Se trabajará con el paciente este aspecto, porque alguno de los motivos que puede darnos puede ser que quiera mejorar antes o hasta incluso que quiera llegar a suicidarse.
- Abandono: Lo contrario del abuso, el paciente puede optar por dejar de tomar la medicación, bien por falta de información, porque le recuerda que está enfermo, por olvidarse de forma continuada, porque está desmoralizado, etc. Todas las explicaciones que pueda darnos el pacientes, hay que trabajarlas porque el riesgo de recaída aumentará sino se adhiere.

Uno de los puntos clave para la adherencia farmacológica es conocer la valoración propia del paciente sobre ese aspecto. Para ello, podría resultar muy útil con el paciente Z que respondiese a una serie de preguntas tales como<sup>2</sup>:

- 1) *¿Sabes el nombre de la medicación que tomas?*
- 2) *Escribe los efectos beneficiosos que te produce (Darte energía, relajarte, concentrarte más, atender mejor, estar más animado, dormir mejor, etc.).*
- 3) *¿Tienes algún efecto secundario desagradable al tomar la medicación?*
- 4) *¿Qué haces para disminuir o eliminar las molestias que te ocasiona la medicación? (Tomar café, no tomar la medicación, fumar, dormir, etc).*
- 5) *¿Durante cuánto tiempo crees que debes de tomar la medicación?*
- 6) *¿Alguna vez has dejado de tomar el tratamiento por tu cuenta? ¿Por qué motivo?*
- 7) *¿Piensas que la medicación que tomas puede crear adicción?*
- 8) *Si olvidas una toma de medicación ¿qué haces?*
- 9) *¿Qué haces para no olvidarte de tomar la medicación?*
- 10) *¿Controlas tú mismo las dosis y las tomas de la medicación?*

<sup>2</sup> Preguntas extraídas de materiales propios del Hospital de Día



- 11) ¿Quién se ocupa de ir a la farmacia?
- 12) ¿Sabes cuándo es la próxima cita con el psiquiatra?
- 13) Escribe tres razones para dejar el tratamiento:
- 14) Escribe tres razones para cumplir con el tratamiento:

### **Módulo de habilidades sociales y resolución de problemas**

*OBJETIVO TERAPÉUTICO: Trabajar reconocimiento de situaciones de elevada impulsividad, heteroagresividad y problemas de control de impulsos.*

Con el siguiente módulo se pretende ofrecer a Z una serie de herramientas para que sepa moderar su conducta cuando se encuentre en determinadas situaciones sociales, que puedan generarle cierto estrés y permitir conocer el procedimiento a seguir para resolver los problemas que puedan surgir, de este modo aumentamos su capacidad de afrontamiento ante aquellos inconvenientes que pueda encontrarse.

#### Habilidades Sociales

Respecto a las habilidades sociales, uno de los puntos a tratar con Z es el entrenamiento en asertividad. Con esto, se pretende que Z sepa afrontar aquellas situaciones en las que debe de ofrecer su pensamiento sin ofender a los demás, y sobretodo, cuando se encuentre en determinadas circunstancias donde exista la posibilidad de consumir droga y deba negarse.

#### Resolución de problemas

Tener que resolver problemas cotidianos forma parte de la vida de cualquier persona, pero en el caso de pacientes con enfermedad mental grave, pueden haber complicaciones para saber resolverlos adecuadamente y con éxito. En el caso del paciente Z, era muy común poder encontrar déficits en su capacidad para resolver de forma satisfactoria aquellos inconvenientes de su vida diaria, pudiendo reaccionar de forma agresiva. Para poder ayudarle, le introduciríamos en un primer momento los pasos que hay que seguir cuando tenga problemas, de ese modo también podrá gestionar sus emociones y valorar la situación de forma adecuada.

#### **1) Orientación hacia el problema**

- Se comunicaría al paciente que los problemas son habituales y que todo el mundo tiene.
- Evitar los problemas no le beneficiarán a largo plazo, por lo que hay que afrontarlos.
- No hay que ser impulsivo, y hay que detenerse a pensar.
- Hay que saber identificar cuál es el problema para poder afrontarlos.

Las cuestiones clave en este apartado son:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuál es tu primera reacción?
- Compara tu reacción con otra positiva.

**2) Definición y formulación del problema**

- Hay que separar la información relevante de la que no lo es, por lo que se debe diferenciar entre hechos meramente objetivos de suposiciones, inferencias, etc.
- Hay que identificar qué factores pueden estar haciendo la situación un problema.
- Se debe establecer unos objetivos/metas realistas para poder abordar el problema.
- Hay que saber identificar si el problema es nuestro, o de otra persona.
- No hay que exigirse a uno mismo algo que pueda ser imposible porque no podemos asumir una responsabilidad de todo lo que nos acontece.

**3) Generación de alternativas**

- Una vez se define el problema y las metas a conseguir, hay que generar alternativas. Anotamos todas las ideas que hayamos pensado.
- En un primer momento no valoramos, no enjuiciamos las ideas que tenemos, de momento todo vale.
- Podemos proponer de 5 a 10 alternativas, y seleccionamos las que parezcan más apropiadas.
- Se pueden combinar las ideas y de ahí surgir otras nuevas.

**4) Toma de decisiones**

Este apartado es uno de los más importantes en todo el proceso porque implica elegir una de las alternativas que se ha estado pensando, y la que se deberá de poner en marcha. Para seleccionar la alternativa podemos encontrar los siguientes pasos:

- Valor de la alternativa: ¿ Qué probabilidad me ofrece la alternativa seleccionada de lograr mis metas? ¿Cuál es la probabilidad de que pueda llegar a poner en marcha dicha alternativa?
- Consecuencias personales: Hay que valorar el tiempo que me llevará, el esfuerzo, el coste, la ganancia emocional, etc.
- Consecuencias sociales: A nivel familiar, amistades, etc.

**5) Puesta en marcha y verificación**

Una vez seleccionada la alternativa que nos parezca más adecuada hay que ponerla en marcha de la mejor manera posible.<sup>3</sup>

Además de todos los pasos que debe de seguir par alcanzar la solución a un determinado problema, sería conveniente en este apartado la introducción al modelo ABC, para que de ese modo Z comprenda que dependiendo de sus pensamientos podrá actuar de una forma u otra.

<sup>3</sup> Material extraído del Hospital de Día

### **Modulo Intervención familiar**

*OBJETIVO TERAPÉUTICO: Orientar y apoyar a la familia en el manejo del paciente y de sus dificultades.*

Trabajar con la familia es de vital importancia, más aún en el caso de Z donde su familia muestra ciertas dificultades para abordar la problemática que se ha ido presentando en los últimos años. El trabajo con la familia permite poder reducir el riesgo de recaída en el paciente, reducir el riesgo de ingreso durante el tratamiento, disminuir la gravedad de los síntomas o mejorar el funcionamiento social. Lo que se propone a trabajar con la familia de Z es:

- Ofrecer información sobre la enfermedad: La familia de Z se muestra perpleja con cada acontecimiento que sucede en la vida de Z, pues todo lo que está relacionado con la enfermedad aún les es difícil de comprender. Es muy importante que como terapeuta de Z, se le transmita a la familia aquello que se trabaja con él, y para ello, es conveniente informar a la familia de lo que significa está enfermedad.
- Saber dar apoyo al paciente: La familia puede sentirse desbordada y por tanto en más de una ocasión no han sabido abordar y hacer frente a la situación. Es necesario que sepan cómo actuar cuando la situación se vuelva complicada, avisar al hospital y proceder de la forma que convenga.
- Evitar culpar a la persona por su forma de ser: Culpar a Z por todo lo que hace no es la mejor estrategia, pues parte de lo que hace (amenazas, consumir, etc) está relacionado con la gravedad de su sintomatología, la cual responde a su enfermedad. Esta idea hay que transmitirla a los padres, pues Z más allá de ser una persona con una enfermedad mental, sigue siendo una persona a la que le afectan los comentarios, tanto negativos como los positivos.
- Evitar estimular sus delirios/alucinaciones: Una vez se comunica a los familiares la relevancia de la esquizofrenia en la vida de Z, han de saber que ni en modo de broma, ni por comentarios aislados, deben de hacer alusión de forma continuada a lo que Z manifieste. Hay que saber dialogar con Z, y comprender que él puede exponer parte de sus delirios o alucinaciones en mitad de una conversación, pero se evitará confrontarle o potenciarle, pues ese trabajo lo realizarán los profesionales.
- Reforzar los logros de Z: A pesar de que Z lleve a cabo conductas que estén influenciadas por su patología, hay que seguir reforzando todo aquello que esté bien hecho, ya que su sensación de bienestar es beneficiosa para sí mismo.

### **Módulo de prevención de recaídas**

*OJETIVO TERAPÉUTICO: Evitar futuros ingresos*

Z ha demostrado ser un paciente que recae con facilidad, debido básicamente a su abandono al tratamiento farmacológico y al consumo de drogas. Como consecuencia de ello se produce en Z una reagudización de la sintomatología positiva de la enfermedad. Dichos periodos en los que reaparece la inestabilidad se denominan crisis, o recaídas. Hay que tener en cuenta que:

- Las crisis pueden variar en duración e intensidad.
- Hay que actuar cuanto antes para que las consecuencias sean lo más leves posibles.

Uno de los aspectos a trabajar con la familia y el paciente en este módulo es saber identificar las señales de alarma que son la antesala de la recaída. El paciente experimenta una serie de cambios que pueden ser de poca intensidad, por ese motivo no se atienden con la suficiente importancia y pueden llegar a ser ignorados. A continuación se detallan algunas de las señales de alarma que se evaluarían a Z durante su alta hospitalaria:

- Insomnio
- Ansiedad
- Cambios bruscos de humor
- Cambios en las rutinas habituales
- Cambios en el ritmo de actividad (más inquieto, agresivo, etc).
- Cambios en la conducta (falta de higiene, etc).
- Aparición de pensamientos extraños

Una vez conocidas las posibles señales de alarma que pueden llegar a presentarse, hay que atender algunas recomendaciones para evitar la recaída:

- El paciente debe de tener cierto conocimiento sobre su enfermedad para poder valorar el estado en el que se encuentra, y cómo va evolucionando y avisar a su psiquiatra o psicólogo.
- El paciente debe responsabilizarse de cumplir con el tratamiento que le manda su psiquiatra.
- Es imprescindible llevar a cabo unos hábitos de vida sana, con horarios para las comidas, horarios para dormir, mantener la higiene, realizar actividad física, no tomar drogas, etc.

Hay que tener muy presente que todas estas señales pueden llegar a pasar desapercibidas por el propio paciente, por ese motivo es muy importante la colaboración de la familia y del entorno del paciente de Z en cuanto a la prevención de recaídas, pues pueden llegar a aportar información muy útil para la detección de las crisis. Para poder trabajar todo esto, el paciente puede utilizar un registro en el que se anotarían las situaciones en las que crea que algo no va bien y de ese modo evaluar en qué estado se encuentra.



# CONCLUSIÓN



La presentación del siguiente caso ha supuesto para mí todo un aprendizaje, que aún sigo llevando a cabo. A pesar de haberme encontrado a lo largo de mi estancia con varios pacientes, con distintos tipos de trastornos mentales, decidí realizar mi trabajo sobre este paciente porque el trastorno mental que padecía me pareció de lo más llamativo. Hay que dejar constancia de que todos los pacientes que están ingresados en la Unidad Infanto-Juvenil lo están porque padecen un trastorno mental grave, que interfiere directamente en sus vidas y que debido a una situación límite deben de ser ingresados por su propio bien (intervención en crisis, recaídas, etc.).

En mi caso, era la primera vez que tomaba contacto con pacientes que padecían trastornos graves, como la anorexia, el trastorno obsesivo-compulsivo, o como en este caso, la esquizofrenia. Z no ingresó el mismo día que yo comencé mis prácticas, sino unos días después, y tampoco le dieron el alta al mismo tiempo que yo me marchaba por lo que al final, el tiempo que pude compartir con este paciente fue alrededor de un mes. En un primer momento, me llamaba mucho la atención una paciente con el diagnóstico de TOC y de anorexia ya que su historia me impactó bastante, pero cuando comencé a observar la sintomatología que presentaba Z, es cuando comencé a interesarme más por el trastorno que padecía. Para mí, el motivo fundamental por el que me involucré en el desarrollo de este caso, fue cuando pude comprobar la absoluta y grave pérdida de contacto con la realidad que mostraba el paciente en la gran mayoría de situaciones, todo ello como consecuencia de su psicopatología.

Z ha sido uno de los casos más graves que ha estado ingresado en la sala de infantil. La manifestación de los síntomas eran de lo más peculiares, de tal forma que llegó a impactarme cómo en la realidad clínica la situación de un paciente de estas características nos puede dejar verdaderamente asombrados. Precisamente, gran parte de los delirios que manifestaba el paciente estaban asociados a series de televisión o videojuegos que yo mismo conocía, por ese motivo pude comprender en gran parte el contenido delirante que manifestaba el paciente y entendía al paciente cuando se expresaba, pero era evidente que sus delirios y alucinaciones estaban fuera de lugar, y que su vida podía correr peligro como consecuencia de todo aquello que el paciente creía como real.

A pesar de que los demás pacientes ingresados en la sala atravesaban una situación grave, el pronóstico de Z era preocupante, pues la nula conciencia de enfermedad que presentaba no tenía comparación al resto de pacientes ingresados que aunque pudiesen ser reacios a su tratamiento, a las pautas a seguir, a la adherencia, o directamente al diagnóstico, el hecho de que el paciente negase que tenía una esquizofrenia era perjudicial para sí mismo. Considero que este caso es completo por su complejidad, por la edad temprana con la que se presenta el trastorno, por la situación familiar que envuelve al paciente, y por la falta de conciencia de enfermedad así como la falta de adherencia al tratamiento.

Como hemos podido comprobar, la estancia de los ingresos de Z no alcanzaba más de los dos meses, y en esta última ocasión que estuvo ingresado pareció recuperarse bastante, comprometiéndose a mejorar y a seguir las pautas que se le indicaron en el hospital, pero Z



sigue teniendo una gran facilidad para recaer. Este caso me ha permitido aprender mucho no sólo acerca de la patología, sino de la vivencia de la persona que lo experimenta. Padecer esquizofrenia puede llegar a ser una experiencia realmente perturbadora para la persona que lo padece, pues comunicarle al paciente que aquello que vive como real y propio es consecuencia de una enfermedad, es realmente complicado de asumir.

Z lleva alrededor de dos años escuchando el mismo mensaje, y es el de que debe asimilar que padece un trastorno mental. Z se niega constantemente a aceptarlo y manifiesta lo complicado que es escuchar que su realidad, no es real. Por todo ello fue por lo que me involucré en este caso, pude comprobar que detrás de una nula conciencia de enfermedad, detrás de la no adherencia farmacológica, existía una persona que lo único que deseaba era encontrar su lugar en el mundo a pesar de toda la confusión que le producía la situación.

Considero que a día de hoy es difícil poder abordar con Z la propia enfermedad, ya que ahora mismo el no soporta oír hablar de que es una persona con un trastorno mental, pero en mi opinión sólo es cuestión de tiempo. Z requiere su propio espacio para poder pensar, lo cual que le permitirá tener otra perspectiva de la situación en la que se encuentra. Actualmente, lo más preocupante en el caso de Z es que su sintomatología es bastante florida, los delirios y las alucinaciones interfieren muy frecuentemente en su día a día por lo que el tratamiento farmacológico que recibe trata de estabilizar dicha situación. Con todo y con eso, es muy conveniente que Z acuda al Hospital de Día, pues aunque no se considere enfermo, este dispositivo puede dar explicación a más de una cuestión que en su interior puede estar surgiendo y con tiempo y dedicación, Z puede obtener respuestas que de otra forma no tendría. Desde el la Unidad Infantil donde estaba ingresado Z, se fomentaba el desarrollo de sus habilidades sociales, psicoeducación, etc., gracias a la realización de los diversas talleres que se realizaban en este dispositivo. Todo ello formaba parte del tratamiento que los pacientes ingresados recibían a pesar de que no existía la figura de psicólogo en dicha unidad.

El plan de tratamiento que yo he propuesto en el presente trabajo tiene como objetivo abordar todos aquellos problemas que Z tenía en su día a día, y sería complementario al tratamiento que Z ha estado recibiendo en el hospital. Soy totalmente consciente de que es muy difícil conseguir todos los objetivos que aquí propuestos, también sé que Z es un paciente con un pronóstico complicado y que requiere de un seguimiento muy exhaustivo y que pueden surgir problemas a lo largo del tratamiento, pero creo que ese es parte del trabajo como psicólogo, ser constantes y trabajar el día a día adaptándose a las dificultades y a las necesidades del paciente que presente en cada momento. Por todo ello, he querido plantear diversos módulos, ya que Z requiere una intervención que resuelva problemas a varios niveles. Es fundamental destacar que la psicoeducación que se realizará con Z formará parte de todo el proceso de tratamiento, ya que en todos los módulos se hace necesario acompañar e instruir al paciente en determinados conocimientos.

Con la propuesta de intervención que he planteado en el presente trabajo, pretendo fomentar: la autonomía y autoestima del paciente, promover una actitud activa del paciente, así como su desempeño social. Son diversas las áreas afectadas que presenta el paciente, por ese motivo hay que procurar que la intervención le permita integrarse de la mejor forma posible en determinadas rutinas y evitar que el paciente pueda llegar a quedar excluido socialmente.

Tener que trabajar con el paciente para conseguir todo aquello propuesto es necesario, pero además es fundamental la cooperación que la familia deberá realizar durante el tratamiento, así como del entorno más próximo al paciente. Con ello, se pretende a su vez fomentar círculos de confianza para el paciente, y alejarle de todo entorno perjudicial, como el caso de determinadas amistades, que promovían el consumo de sustancias adictivas en Z.

Además, no se puede entender todo lo que he propuesto al paciente sin una colaboración terapéutica multidisciplinar, donde psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, así como otros profesionales del ámbito de la salud estén coordinados e integrados en el servicio sanitario ya que Z requiere de todos los recursos disponibles, pues a pesar de que precise terapia, también necesita ayuda a otros niveles. Mi estancia en el hospital me demostró la gran colaboración que existe en los equipos multidisciplinarios para tratar a un paciente, como en el caso de Z, por eso no puedo imaginar un tratamiento de intervención sin contemplar que además de ayuda psicológica, Z estará en contacto con más profesionales, los cuales deberán estar colaborando a lo largo de su evolución.

Mi estancia en prácticas me ha permitido poder desarrollar gran parte de aquellos conocimientos que durante el actual Máster hemos adquirido. Poder estar con pacientes cada día proporcionaba mucha información y ayudaba a poder aprender aún más, ya que siempre era necesario estudiar por cuenta propia todas aquellas dudas que en el día a día surgían. La experiencia que ofrece la estancia en prácticas tiene muchos beneficios para el estudiante, a pesar de ello, han surgido algunas dificultades en la preparación del presente trabajo final de máster que se podrían puntualizar en dos:

Por un lado, el tiempo del que dispuse en la Unidad Infanto -Juvenil fue de 2 meses, lo que parece algo limitado. Además, hay que destacar que la estancia de los pacientes podía oscilar de varios días a varias semanas, y en algún caso, de algunos meses. Por este motivo elegir un paciente para estudio de caso puede ser complicado, ya que no siempre se controlan los tiempos, y hay que elegir un caso arriesgando a que no sabremos el tiempo del que iremos a disponer para trabajar con él, añadiendo que yo también contaba con poco tiempo.

Por otro lado, aunque el personal sanitario que había en la Unidad era variado, psiquiatra, enfermeras o auxiliares, la figura del profesional de la Psicología era inexistente. Por ese motivo, mis prácticas estuvieron supervisadas por psiquiatras, los cuales me asesoraban y en todo momento me acompañaron en toda mi estancia, así como las enfermeras y auxiliares con las que realizaba los talleres. La psicóloga del Hospital de Día, así como el psicólogo de la Unidad de Trastornos Alimentarios, acudían a la Unidad Infantil para llevar a cabo el seguimiento a determinados pacientes que ya conocían y que ahora estaban ingresados, pero sólo una vez por semana. De esta manera, no pude realizar mis prácticas con la supervisión de un psicólogo, aunque se plantea que un futuro exista más personal especializado.

Espero haber sabido reflejar con todo detalle lo que ha supuesto para mí la realización de estas prácticas, en las que he podido adquirir muchos conocimientos, y donde cada día pude aprender algo nuevo. He intentado adecuar mi propuesta de intervención de la mejor forma posible para que Z pudiese llegar a encontrarse mejor y poder ubicarse en el mundo con una calidad de vida que le permita vivir con mayor bienestar.



# BIBLIOGRAFÍA



- Acosta, F. J., Hernández, J. L., & Pereira, J. (2009). La Adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 29-46.
- Acosta, F. J., Hernández, J. L., & Pereira, J. (2009). La Adherencia en psicoterapia. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 67-78.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4.ª ed.) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA. (Traducción castellana: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F., *Manual de psicopatología*, McGraw-Hill 2009, vol II, 2 ed.
- Cavieres, A., & Valdebenito, M (2005). Cognitive function and quality of life in schizophrenia. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 43 (2), 97-108.
- Cuevas, C (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 267-292.
- Espinosa, R., Valiente, C., & Bentall, R. (2014). El concepto del self y de otros en los delirios persecutorios. *Clínica y Salud*, 24, 187-195.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., Sierra, S., Santarén, M., Ordoñez, N & Muñiz, J. (2011). Expresión fenotípica de la esquizotipia en función del género y la edad en población general adolescente. *Anales de psicología*, 27, 750-756.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., & Muñiz (2011) Nuevos desarrollos en la detección de jóvenes con riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico. *Anales de psicología*, 27(2), 333-341.
- García, I., Granada, J. M., Leal, M. I., Sales, R., Luch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A., & Giner, J (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (Suppl. 1), 1-45.
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodríguez-Morales, A., & Roca (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 386-392.
- Kumra, S., Thaden, E., DeThomas, C. & Kranzler, H. (2005). Correlates of substance abuse in adolescents with treatment-refractory schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 73, 369-371.
- Lemos, S. (2005). La teoría y la práctica en torno a la esquizofrenia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 173-185.
- Liberman, R. P., & Kopelwicz (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*, 1(1), 12-29.

- Martínez, J., Gurpegui, F., Díaz, F., & De León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 16.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 86-107.
- Palma, C., Farriols, N., Cebrià, J., & Segura, J. (2007). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, 28 (2): 127-135.
- Roder, V., Brenner, H., Kienzle, N., Fuentes, I. (2007). Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. *Rehabilitación psicosocial*, 5(1), 69-70.
- Romero, J., & Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 245-266.
- Rus, M. & Lemos, S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: principales cambios en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*(111).
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J., Carrasco, J. L. & Díaz, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 330-342.
- Travé, J., & Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33, 48-59.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S. & Faraone, S.V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 40, 18-24.
- Valiente, C., Espinosa, R., Vázquez, C., Cantero, D. & Fuentenebro, F. (2010). World assumptions in psychosis: do paranoid patients believe in a just world? *The Journal of nervous and mental disease*, 198, 802-806.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

# ANEXOS





El paciente Z fue dado de alta mientras yo realizaba las prácticas. Posteriormente sucedieron una serie de acontecimientos que forzaron un nuevo ingreso hospitalario, esta vez, de mayor duración y en el dispositivo de Media Estancia. A continuación se relatan parte de los hechos transcurridos desde el último alta hospitalaria hasta el nuevo ingreso:

## **17/04/15**

### Nuevos propósitos

Z acude con su padre al Hospital de Día, hay buen contacto, se muestra colaborador y con imagen cuidada. Se observa en el paciente un cambio en la expresividad llamativo, y también en el discurso. Por parte del paciente hay una buena disposición a retomar el Hospital de Día, aunque pide no acudir al taller de adherencia porque comenta que “no quiere seguir escuchando que lo suyo es una enfermedad”. Plantea objetivos y expectativas ajustados, y manifiesta su deseo de cambiar para poder tener novia y un trabajo. Se propone dejar de consumir THC, iniciar el atletismo, sacarse el graduado el próximo curso y aprender el oficio de mecánico. Descarta opciones previas como el ejército, legión. A nivel familiar hay mayor entendimiento y cumplimiento de las normas básicas. Comenta que ha decidido alejarse de sus amistades de Castellón, aunque sólo mantiene contacto con un amigo de ellos.

## **06/05/15**

El paciente ahora no acude al Hospital, se llama a la familia y ésta informa de que el paciente no tiene interés por acudir. A los pocos días del alta vuelve a incumplir los acuerdos que se habían pactado, dejando de asistir al Hospital de Día, no muestra implicación en el tratamiento., reaparecen los problemas de cumplimentación de la pauta farmacológica oral, retoma el consumo de alcohol y se sospecha de elevado riesgo de consumo de otros tóxicos, se producen reiteradas fugas del domicilio y el paciente vuelve a implicarse de forma más frecuente y grave en conductas de riesgo para su propia integridad personal (parkour, peleas, relaciones sociales conflictivas y relacionadas con el consumo o con la delincuencia, etc.) Por todo ello se considera que existe un evidente deterioro clínico y personal del paciente. Se decide nuevo ingreso en Hospital.

### ¿Qué comenta el paciente?

El paciente comenta que cuando sale del hospital se “transforma” porque dentro es un chico bueno pero que él en realidad no es así. Expone que desde el primer ingreso ya no es el mismo y le cuesta aceptar su diagnóstico. Manifiesta su miedo a terminar como otros pacientes, “babeando y hablando solo”. Comenta que la última pelea se produjo porque él estaba en una fiesta y que un chico “le provocaba y le empujó”, y que acabaron pegándose y fue ahí cuando “él se transformó y le dio dos golpes mortales”.

---

**7/05/2015**Informe médico Urgencias

Contacta la psicóloga del Hospital de Día con el Hospital Provincial para exponer que la madre le llamó comentando que la situación del paciente vuelve a ser preocupante, nuevamente desapareciendo del domicilio familiar (por tanto no cumplimiento farmacológico). Vuelve a regresar a casa a altas horas de la noche, y en uno de esos días la madre oye ruidos en la habitación de Z y cuando acude a ver qué sucede se lo encuentra con sangre en la ropa, y el paciente le responde que estuvo en una pelea y no sabe si mató a alguien. La madre comenta que no hizo nada hasta el día siguiente que fue cuando llamó al HD. Tras todo eso, se le comunica a la madre que va a ser necesario que acudan nuevamente al Hospital Provincial para un nuevo ingreso de Z.

Una vez acuden al urgencias, Z trata de ocultar la mala evolución, tanto en HD como en casa con tendencia a minimizar los acontecimientos. Al principio comenta que como es mayor de edad puede elegir ingresar o no, pero tras explicarle la dinámica del ingreso involuntario colabora. No presenta clínica afectiva mayor ni psicótica activa aunque su mala adherencia al tratamiento como su escasa percepción de peligro hacia actividades que realiza hacen aconsejable su ingreso para ajuste farmacológico. Niega ideación tanática en el momento del ingreso.

**07/05/2015 - 12/05/2015**Nuevo ingreso en Unidad Infanto-Juvenil

Hace 15 días del último ingreso. Psicopatológicamente la mejoría del paciente ha sido mejor desde que se lleva tratando este caso, ha mejorado el contacto interpersonal y el paciente tiene unos planes de futuro mucho más ajustados. A pesar de ello, la ideación delirante respecto al pasado (acontecimientos en Ucrania) han ido modificándose y se ha ido complicando con el tiempo y siguen existiendo las ideas de tener capacidades especiales y una misión vital. Dichas ideas resultan preocupantes pues el paciente se expone a situaciones de riesgo con su característica sensación de inmortalidad o la total convicción de que si fallece continuará dicha vivencia delirante. Las alucinaciones de tipo auditivo desaparecieron hace meses (mal tolerado por el paciente pues en ocasiones le daban mensajes positivos).

Lo más preocupante en la historia del paciente es que al recibir el alta, su entorno no es capaz de contener la estabilidad que requiere dicho paciente, desaparece de casa varios días, abandona la toma de tratamiento oral, abandono del autocuidado, no acude al hospital de día, ...y se expone a situaciones de riesgo con consumo de tóxicos debido a que su entorno social, sus amistades, también lo hacen. Dicho entorno del paciente, también participa en peleas y reyertas callejeras lo que potencia la patología del paciente. Debido a que el paciente mejora en una entorno contenedor, se le considera buen candidato a probar un plan terapéutico que le permita regresar a su entorno, y se solicita ingreso en la Unidad de Media Estancia. En la analítica que se le realiza, vuelve a dar positivo en consumo de cannabis.

**13/05/15- Hasta la fecha**

Evolución Unidad Media y Larga Estancia

Objetivos del ingreso: Iniciar proceso rehabilitador centrándolo en la adquisición de mayor conciencia de enfermedad y psicoeducación en el consumo de THC.

Lo nuclear de la psicopatología es la existencia de una ideación delirante con tinte de grandiosidad y de capacidades especiales, centradas en aspectos relacionados con las artes marciales y capacidades físicas. En el pasado han existido episodios de gesto y amenazas de corte heteroagresivo hacia su familia en el contexto de una ideación delirante de perjuicio y autorreferencial. Así mismo, se detalla la sospecha de alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo. La gravedad de este caso radica en su nula conciencia de enfermedad y por tanto, en el abandono del tratamiento y seguimiento, así como el abuso de THC.