

La intervención en esquizofrenia: nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica

Salvador PERONA GARCELÁN
*Servicio Andaluz de Salud
Universidad de Sevilla*

Presentamos un nuevo monográfico de la revista Apuntes de Psicología. Como su título indica el objetivo de este monográfico es dar a conocer al lector una visión amplia del panorama actual sobre la investigación y la intervención en una de las patologías mas graves en salud mental: la esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno que se presenta con unos altos niveles de sufrimiento tanto en la persona que la padece como en sus allegados. Los datos epidemiológicos muestran que su incidencia es de 1/1000 habitantes, y su prevalencia está entre un 0.2% y un 2%, aunque estos datos pueden variar de unos estudios a otros en función del concepto de esquizofrenia y la metodología utilizada en dichos estudios (*American Psychiatric Association*, 1994). Esto quiere decir que un alto número de personas en todo el mundo, independientemente de su procedencia, nivel económico y cultural, han experimentado a lo largo de sus vidas algún episodio caracterizado por ideas delirantes, alucinaciones auditivas, lenguaje y comportamiento desorganizado y síntomas negativos (*American Psychiatric Association*, 1994).

Aunque este trastorno fue descrito en el siglo XIX por Kraepelin, y rápidamente aceptado como objeto de estudio por parte de la psiquiatría oficial, dicho constructo ha sido blanco de numerosas críticas, siendo actualmente puesto en duda por numerosos autores de reconocido prestigio (Bentall, 2003; Boyle, 2002). No obstante, desde un punto de vista académico y profesional, es un concepto aun vigente, probablemente, mas que por sus supuestas *virtudes y bondades* científicas, por el peso de una tradición de mas de un siglo de existencia.

Lo que si es un hecho es que en la actualidad existen en todo el mundo personas con este diagnóstico que están siendo tratadas por los servicios de salud mental. Y esto es lo que realmente, como profesionales, nos interesa. Personas que sufren y que durante todo el siglo XX han sido *mal tratadas* y han perdido, en numerosos casos, su condición de personas (de ciudadanos) debido a la incomprensión, por un lado, de un sistema científico, que basaba sus postulados e hipótesis en los dictámenes de la ideología dominante, y por otro, de un marco social incapaz de aceptar e integrar a personas con un comportamiento extravagante y que no seguían las reglas del *bien hacer y del bien estar*.

Para comprender lo que le ocurre a una persona cuando empieza a padecer un cuadro psicótico, debemos procurar no reducir sus problemas al ámbito de los síntomas del trastorno o de la enfermedad en general, sino tener en cuenta las implicaciones personales, sociales y familiares que llevan asociadas. En este sentido, es necesario contemplarlo en su contexto y desde una perspectiva que nos permita observar el fenómeno desde diferentes puntos de vistas (Perona Garcelán, 2003).

Es normal que cuando aparecen las primeras dificultades, y no estamos hablando necesariamente de los primeros síntomas, sino de los eventos y circunstancias sociales en el que se enmarcan la aparición de dichos síntomas, que la persona se sienta muy angustiada, con una imposibilidad para resolver los problemas que en ese momento histórico de su vida están sucediendo. En muchos casos tienen que ver, por ejemplo, con fracasos personales en el ámbito profesional o académico, con problemas en la adaptación a los nuevos roles que la sociedad exige a los jóvenes, con pérdidas de personas significativas de su entorno social inmediato, o con situaciones y eventos que pueden considerarse como traumáticos. Estas circunstancias hacen que el sujeto se aisle cada vez más de esos entornos que hasta ese momento le servían para conseguir su equilibrio psíquico y social, pierde por tanto, el contacto y las fuentes de reforzamiento, y por ende, éstas se devalúan cada vez más hasta hacerse irrelevantes. Es en este contexto, en el que personas vulnerables comienzan una segunda experiencia aun más traumática, que consiste en la aparición de los síntomas positivos del trastorno. Desde nuestro punto de vista, y alejándonos de la tan de moda perspectiva biologicista, todos estos síntomas no surgen de la nada, o exclusivamente de la ruptura de determinados mecanismos cerebrales o neurofisiológicos, sino que además están insertos en una compleja trama de experiencias existenciales y vitales, y están cargados de significado personal y social. Esta es la tarea mas difícil que tienen los profesionales que trabajan en salud mental con enfermos psicóticos: comprender y reivindicar el concepto de persona dentro de las estrategias de tratamiento (García Montes y Pérez Álvarez, 2003).

Por otro lado, debemos entender las implicaciones que estas experiencias personales tienen en el entorno familiar. La primera reacción por parte de los allegados es la de sorpresa, incomprensión y desconcierto. No saben que está pasando y según los casos, suelen reaccionar o con un intento solidario de apoyo y comprensión, o con reacciones de crítica y hostilidad que suelen derivarse de una conflictiva familiar a veces preexistente, pero que a medio y largo plazo se convierten en unas relaciones difíciles de mantener, en el que el agotamiento es el punto en común de todas ellas. De todas formas, los familiares también padecen las consecuencias de la enfermedad mental, son víctimas de ella y pueden en muchos casos necesitar apoyo psicológico.

Todo ello, evidentemente agrava la situación de la persona, afectando también a otros ámbitos de su vida social. Por ejemplo, se abre definitivamente una brecha con su grupo de iguales, dejan de ser una compañía agradable, e incluso su comportamiento hace que se les tenga miedo o en otros casos, sea el blanco de risas y burlas que hacen que esa brecha se consolide y se haga infranqueable. Si la persona estaba trabajando, abandona porque no puede soportar la responsabilidad que esto supone, lo mismo ocurre si la persona estudiaba. Esto implica que el futuro, o más bien, su visión del futuro, se vuelva una pesada carga.

Pero tal vez, una de las experiencias más impactante para mucho de ellos sea los primeros contactos con el sistema sanitario. No es extraño escuchar, en muchas personas con un trastorno

mental severo, sus quejas y sus recuerdos de cómo iniciaron su contacto con los servicios de salud mental. Los ingresos involuntarios, la actuación en algunos de ellos de la policía, la vivencia del trato recibido en las unidades de hospitalización por el personal y también por otros pacientes, el desarraigo y separación brusca del entorno familiar, son algunos de los eventos que muchos padecen a lo largo de sus vidas como un auténtico trastorno de estrés postraumático.

Después de muchos años, todos estos problemas no se resuelven y la persona *ingresa* dentro de la cronicidad como una institución que se autopropaga por la inercia social, por el estigma y por nuestras propias actuaciones profesionales. Tenemos a un individuo etiquetado como *crónico*, con el único apoyo (en muchos casos) de unos padres ancianos, que no saben qué hacer con su hijo y con la eterna pregunta, que tantas veces hemos escuchado en muchos de ellos: *¿qué será de mi hijo cuando yo muera?*

Lo anteriormente descrito puede ser la vivencia que muchas personas con un diagnóstico psiquiátrico han padecido a lo largo de sus vidas. Y nosotros como profesionales hemos sido testigos de ella. Pero como podemos ver, esta experiencia es compleja y variada, y posiblemente, para comprenderla es necesario recurrir a las aportaciones de diferentes disciplinas científicas como la psicología, las neurociencias, la antropología, la sociología, etc., y a la experiencia profesional de psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, etc. Aunque actualmente este sea el enfoque aceptado mayoritariamente dentro de los servicios sanitarios de casi todo el mundo, esto no ha sido siempre así, y durante mucho tiempo se ha pensado que la psicosis y concretamente la esquizofrenia, era un trastorno de etiología biológica, en la que otras perspectivas quedaban fuera. Es más, no hace muchos años, algunos psicólogos consideraban que la esquizofrenia no podía ser tratada desde un punto de vista psicológico. Si bien es verdad que hubo intentos pioneros como el de Lindsley (1959) desde el paradigma operante para tratar las alucinaciones, o de Beck (1952), desde una perspectiva cognitiva para abordar las ideas delirantes, estos mismos autores desaconsejaron la utilización de intervenciones psicológicas para el tratamiento de los síntomas psicóticos (Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003). De hecho, es ya una referencia histórica el trabajo de Bellack de 1986, publicado en la revista *Behavior Therapy*, en el que se lamentaba de la disminución de publicaciones sobre intervenciones de corte conductual en los trastornos psicóticos durante la década de los 80, debido a la creencia mayoritaria, en esa época y entre los psicólogos de esta orientación, de que la esquizofrenia no podía ser tratada.

Afortunadamente, ésta no ha sido la evolución de los acontecimientos a lo largo de los últimos 20 años. Si bien, la esquizofrenia sigue siendo un gran problema científico, sanitario y social, desde la década de los años sesenta del siglo pasado, con los avances sociales y legislativos, con la aparición de los neurolépticos, el desarrollo de tecnologías psicológicas más eficaces y fundamentalmente, con el desarrollo de los procesos de reformas psiquiátricas que se han dado en muchos países, la vida de muchas personas con diagnósticos de esquizofrenia ha mejorado sensiblemente.

En este monográfico, queremos ofrecer al lector una visión amplia y actual de los avances y progresos en el campo de la esquizofrenia. En el mismo han participado profesionales del ámbito académico y aplicado, con una larga experiencia tanto en la investigación como en el tratamiento de estas personas.

Asimismo, hemos estructurado este volumen en tres bloques. El primero sería conceptual, formado por un artículo sobre una reflexión filosófica de lo que supone el concepto, las conductas y experiencias relacionadas con la esquizofrenia. El segundo bloque, está formado por seis trabajos que tratan el problema desde la perspectiva de la investigación y cómo se ha abordado ésta en los últimos años. Concretamente nos pareció de interés ver como estaba el estado de la investigación en relación a las cuestiones de género, la investigación cognitiva en relación al síndrome esquizofrénico, las aportaciones de la psicopatología experimental en relación al estudio de los delirios y alucinaciones, la cognición social y, un tema que actualmente está tomando gran relevancia, que es la relación entre psicosis y trauma. El tercer bloque, tiene que ver con los distintos enfoques que actualmente se están llevando a cabo para ayudar a las personas con esquizofrenia. En un primer trabajo se ofrece al lector una descripción y reflexión de lo que es la rehabilitación psicosocial en el momento actual, después de casi dos décadas de trabajo en este campo en nuestro país. Los trabajos restantes muestran diferentes líneas de intervención, que surgen tanto de las aportaciones de la investigación aplicada como de la práctica clínica diaria. En este sentido, se muestran qué intervenciones se realizan actualmente para la rehabilitación de los déficit cognitivos en esquizofrenia, así como el abordaje de los síntomas y problemas emocionales de las personas con esquizofrenia desde diferentes enfoques, como es el de la psicología cognitiva, del conductismo contextual y desde enfoques de corte psicodinámico.

Para cerrar este monográfico, nos parecía muy relevante el contextualizar todo lo anterior dentro del marco institucional. Esto es, mostrar al lector cómo se está interviniendo desde los servicios sanitarios públicos. En este trabajo la autora presenta un modelo de intervención comunitario, basado en una red integrada de servicios, en el que la continuidad de cuidados y la actuación coordinada entre dispositivos de la red y profesionales, es el eje fundamental de la intervención con personas con psicosis. Y en este marco, evidentemente tienen cabida todas aquellas aportaciones provenientes de la investigación aplicada como de las distintos tipos de intervenciones descritos en este volumen. Pero teniendo en cuenta que desde los servicios públicos debe garantizarse un abanico de prestaciones basadas en la evidencia.

En definitiva, pensamos que este nuevo número monográfico de la revista *Apuntes de Psicología* puede convertirse en un instrumento válido y útil para *poner al día* a los profesionales que trabajan en este campo, así como a aquellos que están en formación. Pero también esperamos que sirva de estímulo e incentivo para que en nuestro país surjan nuevos grupos de investigación en esquizofrenia, que sumándose a los ya existentes (en el que este monográfico es un ejemplo de ello), podamos exportar nuevas tecnologías y conocimientos científicos, y no ser, como siempre, receptores de lo que se hace en otros países.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion bases on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312
- Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*, 17, 199-214

- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. Londres: Penguin.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia. A scientific delusión?* (2ª Ed). Londres: Routledge.
- García Montes, J.M. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-121.
- Lindsley, O.R. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 2, 269.
- Perona Garcelán, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Información Psicológica*, 83, 37-46.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C., Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva.

