

# TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL “MUSEO”

*José Lonjedo Monzó<sup>1</sup>*

**RESUMEN** Hoy, no podemos identificar la esquizofrenia, con una colección de síntomas, entre los cuales los síntomas positivos son considerados fundamentales. La sintomatología negativa es determinante para la evolución de la enfermedad, y nuestra atención se dirige a la corrección en lo posible de la misma. El tratamiento de la esquizofrenia pues, no termina con neutralizar las alucinaciones, delirios o trastornos del pensamiento y la conducta, con modelos biológicos, sino que debe de ir más allá y abordar las disfunciones del paciente y su familia desde métodos científicos psicosociales que han mostrado su validez. En ese sentido hemos configurado un programa en nuestro Centro con la metodología cognitivo-conductual de V. Roder, H.D. Brenner, J. Left, y otros autores, consiguiendo con su aplicación, no solo una mejora cualitativa en la calidad de vida, ajuste social, y un mayor conocimiento y manejo de la enfermedad, sino que además hemos logrado una reducción en días de internamiento psiquiátrico que supera el 90%.

**ABSTRACT** THE TREATMENT OF THE SCHIZOPHRENIA IN THE “CENTRO DE REHABILITACION BIO-PSICO-SOCIAL MUSEO” Nowadays, we can't identify the schizophrenia as a group of symptoms from which de positives are considered the most important. Negative symptoms, are fundamentals to know how de illness will evolute, an that's why our attention goes towards its correction. So, the treatment of the schizophrenia doesn't end up with the neutralization of the hallucinations, deliriums or disturbances of thought and behaviour, like the biologics models use to work. Whereas, we thought that this is not enough but it should have to tackle the patient malfunctions and his family from scientific methods that have shown its validity. In this way, we have chosen, in our center, for the Cognitive Behavioral methodology of V. Roder, H.D. Brenner, J.P. Left and other authors, getting with the program application not only with a cualitative increment in life quality, social adjustment ant bigger knowledge and management of illness, but that we also have got a reduction in psychiatric internment days that excels the 90%.

## INTRODUCCIÓN

La frase “Enfermedad mental crónica”, incluye en su contenido a cualquier enfermedad mental con un curso prolongado, pero de entre ellas, merece ser destacada por su importancia lo psicótico en general, y la esquizofrenia en particular.

Resulta difícil referirse a ella sin señalar su carácter catastrófico:

- Su inicio temprano, en la adolescencia o primera juventud.
- La cronicidad de la enfermedad.
- La incapacidad resultante.
- Su elevada presencia en la población (puede llegar hasta un 1 por ciento), pueden llevarnos sin sensacionalismos a llamarla el “**cáncer de la psiquiatría**”.

Aunque existen referencias históricas a los trastornos psicóticos desde hace siglos en diferentes fuentes, apenas hace unos cien años que comienza a hablarse de ella.

Benedict A. Morel, (1809-1873), psiquiatra francés, la llama “Demense Precose”, Emil Kraepelin, (1856-1926), latinizó el término a “Dementia Praecox”, Eugen Bleuler, (1857-1939), fue quien propuso por primera vez el término esquizofrenia y resulta interesante señalar que desde su punto de vista, **los síntomas negativos fueron considerados como los síntomas nucleares del trastorno**.

Como todos sabemos, en la actualidad, los clínicos clasifican los síntomas de la Esquizofrenia en dos amplios grupos: positivos y negativos.

<sup>1</sup>Psiquiatra Coordinador del Centro de Rehabilitación Bio-Psico-Social “Museo”. joselonjedo@msn.com

Los Síntomas positivos, crean estrés social, son espectaculares, o molestan más, en tanto que los síntomas negativos, pueden pasar más inadvertidos, crean menos “miedos” en el entorno, **pero deterioran las habilidades del paciente para su funcionamiento como ser social, le impiden tener relaciones familiares y afectivas normales, conservar el trabajo, las amistades, las relaciones de pareja, o continuar con su aprendizaje, etc. aislando progresivamente al paciente.**

La Historia de la Ciencia y del Pensamiento Médico, ha ido ofreciendo posibles abordajes para ambos grupos de síntomas, pero la triste realidad, es que en nuestro entorno, **se ha tratado en general al Esquizofrénico en sus síntomas positivos, con la contención física o con fármacos que aunque los reducen o los hacen desaparecer, acentúan la ya presente sintomatología negativa, y con demasiada frecuencia se ha olvidado aplicar las medidas necesarias para recuperar en lo posible a la persona de ese estado que (si se me permite) le aproxima a un vegetal.**

Hoy los avances en el conocimiento de la fisiología del SNC y sus alteraciones patológicas, así como la presencia de nuevos antipsicóticos en el arsenal terapéutico, que permiten corregir la sintomatología positiva sin inducir sintomatología negativa, todo ello unido a un mejor conocimiento en el campo de la neuro-psicología, nos permite aplicar estrategias desde lo psicológico con un fin terapéutico de índole neuro-fisiológico.

A la luz de descubrimientos como el de la plasticidad del tejido nervioso, redundancia de sistemas, sistemas vicariantes, etc. se hace prometedora la labor de la recuperación total o parcial, de las funciones perdidas o deterioradas en el paciente esquizofrénico, a través de ejercicios específicos de rehabilitación de las funciones realizadas por las áreas cerebrales alteradas.

Por último, habría que señalar la importancia de la rehabilitación en las funciones cognitivas, con la intervención precoz tras las primeras crisis psicóticas, a fin de evitar mayores niveles de deterioro por acumulación de déficits o por las consecuencias que estos pudieran tener en el ámbito de la integración del paciente, en los campos afectivo, social, o laboral del mismo.

Somos conscientes de que somos herederos de un período que produjo cronicidad y contención, y nos proponemos

colaborar en las tareas de rehabilitación y reinserción posibles, con la esperanza de que quienes nos sigan, puedan seguir avanzando en lo preventivo, sin el peso que supone un mal planteamiento en Salud Mental.

Como May señalaba ya en 1979, “Con los modernos tratamientos psicofarmacológicos, es bastante fácil sacar a los pacientes de los hospitales. El problema es mantenerlos fuera; prevenir las recaídas, aliviar su distrés y mejorar su calidad de vida, lo cual es una tarea más difícil” (May PRA. ¿Waht does the schizophrenic outpatient need? Lidingö/Stockholm: Squibb, 1979: 11-19)

Desde el plano de lo biológico, se venía encontrando en los estudios “post mortem” del cerebro de los pacientes con Esquizofrenia, toda una serie de anomalías morfológicas que posteriormente fueron confirmadas “in vivo” con técnicas radiológicas tales como: Dilatación de ventrículos, dilatación de cisuras, o reducción del tamaño cerebral en general y reducción de ciertas regiones específicas como Hipocampo, Lóbulos Temporales y Frontales.

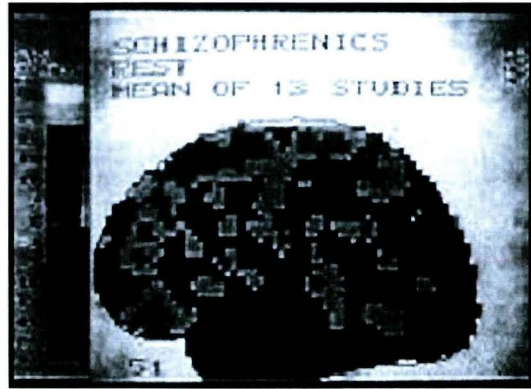
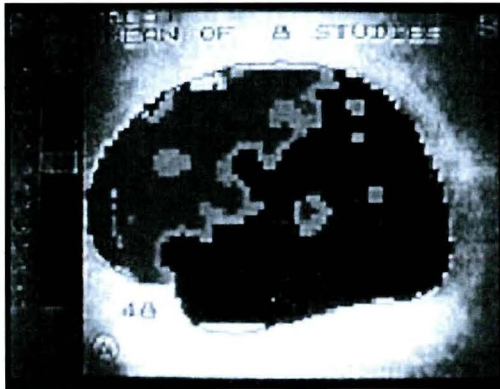
El avance tecnológico permitió el desarrollo de estudios funcionales, con los que parecía demostrarse una disminución de función en las áreas frontales. Hipótesis que quedó confirmada por las técnicas de neuro-imagen funcional con PET, SPET, estudios de flujo, etc. bajo estímulos cognitivos, (Wisconsin). (N. Andreasen, 1993) (Figura 1).

Dado el tipo de pacientes estudiados, es además muy probable que estas anomalías no sean consecuencia del tratamiento al que fue sometido el paciente o producto de la cronicidad, en cambio pueden relacionarse con la presencia de los síntomas negativos.

Así pues parece demostrado que existe una relación entre Esquizofrenia y Corteza Frontal.

Teorías como la de la Neuroplasticidad, la Redundancia de Sistemas o el Funcionamiento Vicariante, que en su momento fueron pioneras se ven ahora reforzadas por numerosos trabajos de investigación, que suponen nuevas esperanzas en el ámbito de la rehabilitación e invitan a la aplicación de técnicas de entrenamiento y reeducación cerebral, con el objeto de poder recobrar en lo posible, las funciones cognitivas alteradas en el paciente.

A ello pueden colaborar ejercicios específicos de diferenciación cognitiva, técnicas de comunicación verbal, razonamiento lógico, abstracción, etc. Como algo imprescindible y previo, si se quiere además actuar a los niveles social o laboral y pensar en la integración del paciente.



**Figura 1.-** En la parte izquierda se observa una imagen computerizada de PET, promedio de 8 cerebros sanos estudiados, sometidos a estímulos cognitivos. (WCS C). En la parte derecha, igual imagen, promedio de 13 casos de pacientes con esquizofrenia sometidos a los mismos estímulos.

N. Andreasen (1993).

#### TEORÍA DE LA NEUROPLASTICIDAD

«El cerebro tiene una capacidad de respuesta a las nuevas situaciones para restablecer su equilibrio alterado» (Geschwind 1985).

«Existe una flexibilidad morfológica en el Sistema Nervioso que posibilita algunos fenómenos como la sinaptogénesis, y el botonamiento axonal y colateral de las neuronas (Guzman 1993).

#### TEORÍA DE LA REDUNDANCIA DE SISTEMAS

«Una misma función cognitiva puede ser ejecutada por diversos subsistemas cerebrales, y en consecuencia la lesión de un subsistema podría ser compensado por la actividad de otro/s subsistema/s que pueda reproducir o ejecutar dicha función». (H. Jackson y Guzman 1993).

#### TEORÍA DE FUNCIONAMIENTO VICARIANTE

«Otra área cerebral podría sustituir en su función el área lesionada (Munk, 1839-1912 y Confirmado por Barroso, 1997).

### ***Etiopatogenia, desarrollo, consecuencias y tratamiento***

#### ***Desde lo Biológico:***

A la luz de los conocimientos actuales, hoy no se puede concebir la esquizofrenia, como una colección de síntomas, y aún menos, como una patología cuyos síntomas fundamentales sean los positivos.

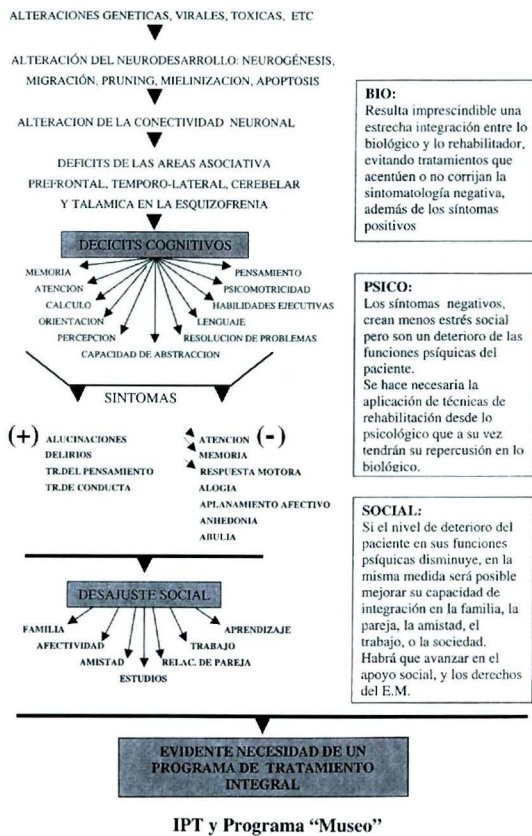
Son justamente las consecuencias de los síntomas negativos lo que supone una tragedia en el paciente, y por lo tanto la labor terapéutica no termina en absoluto cuando ceden los delirios, alucinaciones, trastornos

del pensamiento o los trastornos consecuentes en la conducta del mismo.

Evidentemente, hay que tratar estos, y para ello contamos hoy en el arsenal terapéutico con los nuevos neurolépticos atípicos, que producen menos efectos secundarios, y por lo tanto agravan menos la ya presente sintomatología negativa.

Es importante evitar el empleo de fármacos anticolinérgicos, por la importancia del neurotransmisor acetilcolina en los procesos de la neurocognición, ya que su empleo, altera más la capacidad cognitiva del usuario.

Figura 2



**Desde lo Psicológico:**

En nuestro Centro de Rehabilitación Bio-Psico-Social “Museo” (\*), hemos configurado un programa de intervención Psicológica, Familiar y Social, que no es posible describir aquí con detalle por razones obvias, pero sí podemos hacer una aproximación al mismo.

Como fuentes principales, están los trabajos de V. Roder (I.P.T.- “Terapia integrada de la esquizofrenia”), J. Left (Family Work: A Practical Guide For Eschizofrenia – traducción al castellano actualizada en el 2002) y M. Franco (Programas informáticos Aire y Grador de rehabilitación cognitiva). A ello ha habido que añadir la labor de adaptación y por lo tanto de complementación con módulos que den respuesta a las necesidades que observamos en nuestros pacientes y sus familias. (Figuras 2 y 3).

En esquema Fig-3: las columnas “Paciente” y “Familia” son en resumen los elementos que hemos añadido al programa I.P.T. de Volker Roder para su adaptación, recurriendo a modelos de otros autores o diseñados por nuestro equipo.

Tras una evaluación de los pacientes derivados al centro, estos se agrupan en niveles de déficits similares, y

Figura 3.- Programa de Rehabilitación «Museo»

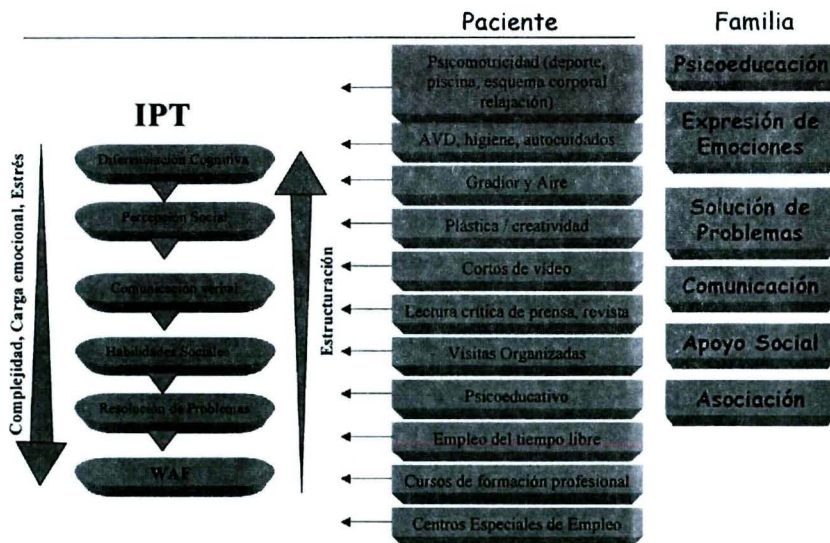


Figura 4.- Planificación y estructura.



se les aplican programas diferentes adaptados a su nivel. (figura 4) –En el esquema sólo se reflejan algunas de las actividades a modo de ejemplo- Algo así se hace con los familiares clave de cada paciente con los que se configuran dos grupos psicoeducativos según el grado de conocimiento y manejo de la enfermedad.

Con los pacientes se tienen quince horas de actividades semanales y un tiempo superior de permanencia en el Centro, en tanto que en el caso de las familias, se hacen sesiones de psicoeducación cada semana, pero al ser dos grupos, resulta al usuario una frecuencia quincenal.

Aparte de estas actividades en el Centro, existen otras en recursos normalizados como centros especiales de empleo, o piscina, y evidentemente, hacemos intervención familiar en el domicilio del paciente, si bien esta actividad no es de aplicación general, sino de un modo selectivo, según la realidad particular de cada caso.

Recientemente, hemos presentado una ponencia en el Congreso de este año de la Asociación Mundial de Psiquiatría donde hemos mostrado los resultados de un estudio de seguimiento de tres años en nuestros pacientes.

En los estudios comparados antes-después de su permanencia en el programa, se observó una mejoría glo-

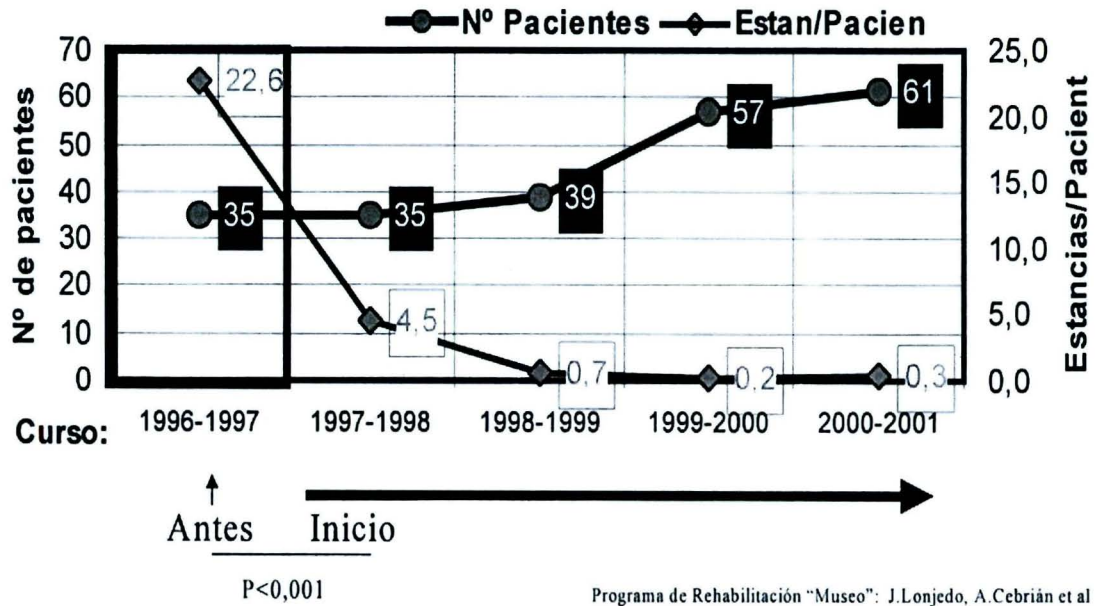
bal de nuestros pacientes en aspectos como la calidad de vida, o el ajuste social, ( $p < 0,001$ ) y en las familias, una diferencia significativa en el conocimiento y manejo de la enfermedad ( $p < 0,001$ ), aunque no encontramos diferencia significativa favorable en la sobreimplicación emocional, lo que demuestra que todavía hay que intervenir más en el ámbito de la emoción expresada en el grupo familiar.

No obstante, el dato que resulta más llamativo es una reducción superior a un 90% de estancias hospitalarias en nuestros pacientes tras el primer año de permanencia en el Programa. Es decir, que el número de pacientes fue en aumento en tanto que el número de días hospitalizados por paciente fue reduciéndose (Figura 5).

### Conclusiones

El tratamiento de la esquizofrenia, debería ser un tratamiento integrado, con un abordaje desde los planos biológico, psicológico y social, que incluya no solamente al paciente, sino también a su familia (especialmente la que convive con él). Desde lo biológico, pensamos que se debe emplear aquella medicación que resuelva problemas sin añadir síntomas secundarios y evitar los anticolinérgicos. Desde el plano psicológi-

Figura 5.- Evolución de estancias hospitalarias.



co, nos inclinamos por la terapia cognitivo-conductual de V. Roder y H. D. Brenner, y en cuanto a la intervención familiar, consideramos especialmente útil la técnica de J. Left. La mejoría en las disfunciones del paciente, así como una mejor identificación de pródromos y un mejor conocimiento y manejo de la enfermedad por el paciente y las familias etc, permiten obtener mejorías en la calidad de vida, desajuste social, y una muy notable reducción de días de internamiento hospitalario.

### Referencias bibliográficas

Left, J.P.; Vaughn, C. (1981) The role of maintenance therapy and relatives expressed emotions in relapse of schizophrenia: A two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

Left, J.P.; Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford .

Left, J.P. (1968) Perceptual phenomena and personality in sensory deprivation. *British Journal of Psychiatry*, 141, 1499-1508.

Merlo, M.; Perris, C.; Brenner, H.D.; (2002) *Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach* Seattle, Toronto, Bern, Göttingen Hogrefe & Huber Publishers.

Mora, F. (1996). *El cerebro íntimo*. Barcelona. Ariel Neurociencia.

Mora, F. (2000). *El cerebro sintiente*. Barcelona. Ariel Neurociencia.

Mora, F. (2002). *Continuum*. Barcelona. Ariel Neurociencia.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Hodel, B.; Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona. Ariel Psiquiatría.

Roder, V.; Zorn, P.; Brenner, H.D.; Vita, A.; Comazzi, M. (2002). *CLT Programa strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico nelle aree Casa, Lavoro e Tempo libero*. Milano McGraw-Hill.

Saiz J. (1998). *Esquizofrenia: enfermedad de la mente y reto social*. Barcelona Masson.