

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN ESQUIZOFRENIA Y MÉTODOS DE TRATAMIENTO PARA LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA RESISTENTE A LA MEDICACIÓN: ESTUDIO DE UN CASO

Francisco J. Espada Largo* y José M^a. Uncal Jiménez de Cisneros**

* Clínica Los Gerónimos, **Centro Vallejo Nájera. Madrid

Resumen: En este trabajo se estudia un caso de esquizofrenia paranoide. Las técnicas y programas de intervención empleados son los que se incluyen tradicionalmente en las Intervenciones Psicosociales. En nuestro caso se combinan farmacoterapia y técnicas psicoterapéuticas de orientación cognitivo-conductual, que básicamente son las siguientes: entrenamiento en habilidades sociales en grupo, entrenamiento en procesos cognitivos, intervención conductual familiar e intervención individual. En la intervención individual se entrena al paciente para que maneje y conozca los efectos de la medicación, se aplican técnicas de ensayo conductual y reestructuración cognitiva con el objetivo de remitir alteraciones emocionales: respuestas de ansiedad, irritabilidad, ira y humor depresivo. Ante la presencia de alucinaciones auditivas resistentes a la medicación, aplicamos técnicas de desensibilización sistemática, relajación, ensayo conductual, parada de pensamiento y entrenamiento en la utilización de distractores, con el fin de disminuir su grado de intensidad y frecuencia de aparición. Finalmente, discutimos los resultados y la evolución del paciente tras un seguimiento de tres años.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Intervenciones Psicosociales, Síntomas Psicóticos Resistentes a Medicación, Alucinaciones auditivas

Abstract: In this paper a case study in paranoid schizophrenia is presented. The techniques and intervention programmes are of traditionally used in psychosocial interventions. In our case, pharmacological therapy and cognitive-behavioral therapy are combined, centering basically on: group social skills training, cognitive processes training, and individual and family behavioral interventions. Within individual intervention, the patient is trained in managing information about medication, and techniques such as behavioral trial and cognitive restructuring are applied to reduce emotional disturbances: anxiety responses, anger, hostility and depressed mood. In the presence of auditory hallucinations resistant to medication, systematic desensitization, relaxation, behavioral trials, stop-thinking strategies, and managing distracting stimuli were applied in order to reduce intensity degree and frequency of onset. Finally results and case evolution during a 3-year follow-up period are discussed in detail.

Key words: Schizophrenia, Psychosocial treatment, Drug-resistant psychotic, Auditory hallucinations

Title: *Psychosocial treatment in schizophrenia and methods for treating drug-resistant psychotic symptoms: a case study*

Introducción

Los criterios de diagnóstico que nos ofrecen las clasificaciones al uso (CIE-10, 1992 y DSM-IV, 1994) parecen delimitar suficientemente la esquizofrenia como categoría diagnóstica. Pero atendiendo fundamentalmente a la práctica clínica, definir con criterios tan constreñidos la esquizofrenia nos puede llevar a querer limitar un fenómeno que aún hoy resulta, en muchos casos, sorprendente y enigmático, sobre el cual se han podido desarrollar líneas de investigación e intervención al considerar su etiología como multifactorial.

Así, el diagnóstico se lleva a cabo sin tener en cuenta la etiología del trastorno (de la que se conoce aún bien poco), ni el curso de la enfermedad, puesto que es muy particular en cada caso. Por lo tanto, a pesar de la referencia habitual que se hace de la esquizofrenia como si se tratara de un entidad patológica delimitada, tanto la investigación como la práctica clínica, arrojan evidencia continua sobre la heterogeneidad mórbida que estamos queriendo definir como esquizofrenia.

Estas lagunas en el conocimiento de este tipo de trastornos, imposibilita que podamos establecer un pronóstico sobre el curso de la enfermedad y la evolución de cada paciente, y nos hace, muy a nuestro pesar, reconocer que

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Fco. Javier Espada Largo. Moreto, 5. Bj. Izqda. 28014 Madrid.

© Copyright 1995: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 3-3-96, aceptado: 8-4-96

al abordar estos casos, posiblemente el mayor error que estemos cometiendo sea el propio diagnóstico.

Respecto a la sintomatología característica de estos trastornos, se han identificado dos grupos o tipos de síntomas. Bleuler en 1924 describe síntomas básicos o fundamentales y síntomas accesorios; Schneider en 1950 diferencia entre síntomas de primer y segundo rango; Andreasen y Olsen (1982) distinguen entre síntomas positivos y negativos (tabla 1). Esta última clasificación de la sintomatología, que de alguna manera recoge las citadas anteriormente, es ampliamente considerada en la actualidad.

Tabla 1. Síntomas positivos y negativos

Síntomas	
Positivos	Negativos
- Alucinaciones	- Alogia
- Delirios	- Aplanamiento afectivo
- Trastorno formal del pensamiento	- Anhedonia-asociabilidad
- Conducta extravagante o desorganizada	- Abulia-apatía
	- Deterioro cognitivo

En este trabajo revisamos el tratamiento y seguimiento durante tres años de un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Describimos las técnicas y programas de intervención aplicados que se enmarcan de las tradicionalmente conocidas Intervenciones Psicosociales. Además, añadimos en este caso la aplicación de técnicas psicoterapéuticas dirigidas a paliar o minimizar la sintomatología alucinatoria que presentaba el paciente y que se mantenía resistente al tratamiento farmacológico.

Método

Sujeto

Se trata de un varón que inicia el tratamiento con 24 años. Cuando acude a la consulta aporta informes psiquiátricos que concluyen con un diagnóstico de Esquizofrenia

Evaluación

En la evaluación inicial se llevaron a cabo dos entrevistas, con el paciente y sus padres, para evaluar el estado del paciente y el conocimiento que tenía tanto él como su familia del trastorno diagnosticado.

Con el fin de complementar la información obtenida en las entrevistas iniciales, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Escala Psiquiátrica Breve (Brief Psychiatry Rating Scale -BPRS- ; Overall y Gorham, 1962).
- Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (Scale for the Assessment of Positive Symptoms
- SAPS-; Andreasen, 1984)
- Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (Scale for the Assessment of Negative Symptoms
- SANS-; Andreasen, 1981)
- Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado (Goldstein et al, 1980).
- Finalmente se lleva a cabo un Analisis Funcional Familiar dirigido a la identificación de puntos fuertes y débiles de la unidad familiar como recursos para la resolución de problemas y obtención de metas individuales y familiares.

La aplicación de estos instrumentos se llevo a cabo entre la primera y segunda entrevistas que se mantuvieron con el paciente y sus padres. Para el posterior seguimiento se utilizaron únicamente aquellos ítems que se consideraban relevantes y que respondían a la sintomatología y repertorio conductual del paciente o que hicieron su aparición a lo largo del proceso terapéutico (véanse tablas de evolución).

Tratamiento

Intervención farmacológica

Tiene como objeto conseguir la remisión de la sintomatología positiva que presenta el paciente (fundamentalmente alucinaciones auditivas), la inquietud y la agitación. Como podemos apreciar en la tabla de evolución farmacológica (tabla 2), cuando el paciente acude por primera vez a la consulta psiquiátrica ya sigue una pauta farmacológica que le fue prescrita al ser dado de alta, tras un breve periodo de hospitalización. Dicho tratamiento farmacológico es mantenido y levemente modificado tras la primera entrevista psiquiátrica. Es importante destacar un descenso en la me-

dicación a partir del inicio del tratamiento psicoterapéutico (Enero 1993, primer mes de tratamiento). La evolución es favorable a lo largo de 1993 (el primer año de tratamiento) a pesar de lo cual se precisa de un pequeño refuerzo farmacológico en verano debido a la falta de estructura que supone el fin de curso académico y el consiguiente incremento de sintomatología negativa (anhedonia, abulia, etc...). A final de 1993 (a los 12 meses de tratamiento), manteniéndose la evolución favorable, se administra un neuroléptico más suave y de mantenimiento (Pimozida: 4mgrs./día) que se reduce a la mitad en Noviembre de 1995 (a lo 35 meses de tratamiento).

Tabla 2. Evolución del tratamiento farmacológico

	Fármaco (mgrs/día)				
	Trifluoperacina	Biperideno	Clorazepato Dipotásico	Fluracepán	Pimozida
Alta Hosp.	7	2	-	30	-
Dic. '92	7	3	15	30	-
Ene. '93	7	3	15	30	-
Ene. '93	7	3	10	-	-
Mar. '93	7	3	5	-	-
Jul. '93	9	2	5	-	-
Sep. '93	9	1	-	-	-
Dic. '93	-	-	-	-	4
Jun. '94	-	-	-	-	4
Dic. '94	-	-	-	-	4
Nov. '95	-	-	-	-	2

Fármaco

Trifluoperacina
Biperideno
Clorazepato Dipotásico
Fluracepán
Pimozida

Nombre comercial

Eskazine
Akineton
Tranxilium
Dormodor
Orap

Tipo

Neuroléptico
Corrector extrapiramidal
Benzodiacepina
Benzodiacepina
Neuroléptico

Tabla 3. Etapas del entrenamiento en habilidades sociales

- ¡Error! Marcador no definido.** 1. Establecer un motivo para aprender cada una de las habilidades.
2. Discutir las áreas y etapas del entrenamiento con los miembros del grupo.
 3. Modelado de cada una de las habilidades a través del ensayo conductual.
 4. Ensayar la habilidad con cada paciente utilizando el ensayo conductual.
 5. Ofrecer a cada paciente feedback positivo y correctivo sobre su actuación.
 6. Llevar a cabo un segundo ensayo conductual con el mismo paciente hasta que mejore la habilidad entrenada.
 7. Aportar nuevamente feedback sobre su actuación.
 8. Dar a todos los pacientes la oportunidad de ensayar la habilidad a través de los pasos 4-5-6-7.
 9. Asignar tareas a los miembros del grupo para que practiquen en casa antes de

Si bien la evolución del paciente es positiva, cabe destacar que no llegan a desaparecer totalmente las alucinaciones auditivas que presentaba. Se valora durante el proceso terapéutico la conveniencia de emplear un tratamiento farmacológico más agresivo. Teniendo en cuenta la historia clínica del paciente que evidencia que la sintomatología alucinatoria (alucinaciones auditivas) se muestra resistente a la medicación, se opta por emplear técnicas psicoterapéuticas dirigidas a paliar de forma más o menos indirecta dicha sintomatología alucinatoria (véase Intervención Individual), más que volver a emplear incrementos y cambios continuados de fármacos antipsicóticos que ya en el pasado se habían mostrado ineficaces para eliminar totalmente la sintomatología alucinatoria.

Entrenamiento en habilidades sociales

Se lleva a cabo en grupo y tiene como objetivo desarrollar la competencia social del paciente, potenciando tanto sus habilidades verbales y no verbales, como su capacidad para percibir y juzgar adecuadamente su entorno. En nuestro caso seguimos un procedimiento de aprendizaje estructurado de habilidades sociales diseñado por Goldstein y cols. (1980), empleándose técnicas de ensayo conductual, modelado, reforzamiento, feedback y

asignación de tareas, tal y como describen Douglas y Mueser (1990). El entrenamiento se ha desarrollado durante seis meses, en sesiones de 90 minutos, dos días por semana (véase tabla 3).

Entrenamiento en procesos cognitivos

Los procesos sobre los que se interviene son: atención, concentración y memoria. Dicho entrenamiento se desarrolla en grupo, durante seis meses, 60 minutos por sesión, dos días por semana. En este tipo de entrenamiento es fundamental tener en cuenta los objetivos y motivos reales de cada paciente para mejorar su rendimiento cognitivo. Así, el grupo al que pertenecía el paciente a quien nos referimos tenía como característica de homogeneidad, entre otras, el objetivo de mejorar su capacidad con fines académicos. Teniendo en cuenta las pretensiones de los pacientes que formaban el grupo y el objetivo de este módulo de intervención, se trabaja fundamentalmente con técnicas estructuradas de estudio, instrumentos de "factor g" y series (numéricas, palabras, figuras, etc...) haciendo retest con cierta periodicidad.

En la tabla 4 podemos observar algunos ejemplos de los procedimientos empleados. En la medida en que es posible, se introducen juegos de palabras y otras actividades (p.e.:

puzzles) que además de exigir al paciente atención y concentración, fomenta su capacidad para relacionarse en grupo, trabajar en equipo y permitan ensayar de una forma más natural, en un marco protegido, habilidades sociales que le van ser imprescindibles para completar la tarea que se le ha asignado.

Tabla 4. Entrenamiento en procesos cognitivos

¡Error! Marcador no definido.*	
Técnicas estructuradas de estudio	
-	Plectura del texto
-	Subrayado
-	Análisis resumen
-	Esquema revisión
-	Repetición mental - memorización
-	Exposición al grupo
* Instrumentos de factor "g" y series	
-	Dominós (D70, D90)
-	DAT (CSA, AR)
-	Tig-1 y Tig-2
-	Otros.
* Ejercicios específicos	
-	Retención visual
-	Memoria
-	Aritmética
-	Reconocimiento de objetos y errores
* Otros	
-	Juegos de palabras (p.e.: Scrabble)
-	Puzzles

Intervención familiar

Los resultados de numerosos trabajos de investigación ponen de manifiesto la influencia de la familia en el curso del trastorno (Leff y cols, 1989, 1990; Glynn y cols., 1990). Por este motivo, tomamos la intervención familiar como uno de los elementos esenciales en nuestro programa de tratamiento.

Las sesiones se desarrollan con los padres del paciente. La frecuencia es semanal durante seis sesiones y quincenal hasta el sexto mes de tratamiento. A partir del sexto mes se establece una frecuencia mensual durante 12 meses, siguiendo con una frecuencia trimestral hasta completar los dos años. En el último

año, la frecuencia ha sido semestral resolviéndose dudas y problemas puntuales por teléfono.

El procedimiento que hemos empleado (tabla 5) tiene en cuenta y combina los programas de intervención familiar descritos por Falloon y cols. (1984, 1988), Barrowclough y Tarrier (1987) y Hogarty y cols. (1986).

Las etapas 1 y 2 se desarrollaron en las seis primeras sesiones. La tercera etapa se desarrolló empleando técnicas de ensayo conductual, feedback positivo y correctivo, modelado y asignación de tareas; durante seis sesiones. La cuarta etapa se desarrolla en cinco sesiones. Respecto a la quinta etapa (solución de problemas especiales) hay que aclarar, que aunque se trabajó en ella fundamentalmente en el orden que establecemos en la tabla 5, en un gran número de sesiones hubo que dedicar buena parte del tiempo a intentar resolver problemas de forma rápida, utilizando de una manera muy poco ortodoxa los "contratos de contingencia".

En el resto de las sesiones, hasta la actualidad, se revisa la evolución del paciente en el medio social, familiar, académico y laboral. En algunas de estas sesiones ha sido necesario reforzar la información ofrecida con anterioridad (etapa 2) para mantener en los padres unas expectativas realistas.

Intervención Individual

Se desarrolla con la siguiente frecuencia de sesiones: durante el primer año es de una vez por semana, y a partir de entonces y hasta la actualidad (dos años) la frecuencia es quincenal.

Durante las primeras seis sesiones el objetivo principal se centró en establecer un buen clima terapéutico, abordando y comentando de forma relativamente superficial la situación del paciente tras el alta hospitalaria. En estas sesiones se evalúa la evolución de la sintomatología (alucinaciones auditivas), y se va indi-

cando la conveniencia de que el paciente retome sus estudios de forma gradual. Se hacen recomendaciones de hábitos de salud, fundamentalmente de ir estableciendo progresivamente un ritmo adecuado de sueño-vigilia. Se

resuelven dificultades de interacción dentro del grupo terapéutico, y se dan pautas de "sentido común" para manejar su relación familiar.

Tabla 5. Intervención familiar

<p>¡Error! Marcador no definido.1. Evaluación familiar (análisis funcional)</p> <p>2. Sesiones de Información</p> <p>2.1. ¿Qué es la esquizofrenia? Mitos, diagnóstico, sintomatología, curso, pronóstico, causas, recaídas.</p> <p>2.2. La medicación Tipos de psicofármacos, efectos beneficiosos y secundarios, actuación sobre los síntomas, papel en la prevención de recaídas.</p> <p>2.3. El papel de la familia Reducción de estrés ambiental, reconocimiento de primeros signos de recaída</p> <p>3. Entrenamiento en habilidades de comunicación. Escucha activa, expresión de sentimientos positivos y negativos, formulación de peticiones positivas.</p> <p>4. Entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>5. Solución de problemas especiales a través de "contratos de contingencia".</p> <p>6. -Evaluación del paciente y del ambiente familiar -Reforzamiento de pautas dadas en las etapas 2,3,4 y 5.</p>

Tabla 6. Intervención individual

<p>¡Error! Marcador no definido.- Información y reconocimiento de la sintomatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estructuración diaria de actividades - Entrenamiento en el manejo de la medicación - Intervención sobre las alucinaciones auditivas resistentes a la medicación - Manejo de situaciones de entrevista laboral (ensayo conductual) - Técnicas cognitivas

A partir de la sexta sesión se van combinando en función de la disposición del paciente los objetivos terapéuticos que señalamos en la tabla 6. Desde un principio, no se instauró un plan de sesiones rígido en el que estuviesen establecidas las técnicas a desarrollar, sino que se fue, en la mayor parte del proceso terapéutico trabajando la mayor parte de los objetivos planteados de forma simultánea.

En la séptima sesión se informa al paciente de la sintomatología característica del trastorno, ayudándole a reconocer síntomas que sabíamos que había padecido en el pasado y a discriminar entre la realidad y no realidad de sus percepciones. A partir de esta sesión y hasta la actualidad se dedican, en cada sesión, unos minutos a evaluar la sintomatología que presenta el paciente, siendo éste cada vez más capaz de hacer una evaluación más precisa de

la intensidad y frecuencia con la que se presentan las alucinaciones auditivas.

La estructura horaria que se va sugiriendo en las primeras sesiones, se comienza a evaluar mediante autorregistros a partir de la octava sesión y se deja de emplear este procedimiento cuando el paciente ha conseguido una estructura diaria que consideramos moderadamente adecuada (mantiene actividad académica, ritmo de estudio, estructura de sueño vigilia) y que se produce a los nueve meses de tratamiento.

La novena sesión se dedica fundamentalmente al módulo de entrenamiento en el manejo de la medicación. Hasta este día, la me-

dicación siempre se la habían dado sus padres. Se señala la conveniencia de ir poco a poco haciéndose responsable de la administración de su medicación. El proceso es el que se resume en la tabla 7. No se establecen objetivos en el tiempo sobre el manejo de la medicación para no crear problemas de relación entre el paciente y sus padres, evaluándose este módulo a través de las entrevistas con el paciente y con sus padres. Igualmente, a partir del establecimiento de este objetivo, se dedican unos minutos en cada sesión a evaluar los progresos y a resolver dudas que le puedan surgir al paciente sobre la conveniencia o no de seguir medicándose.

Tabla 7. Entrenamiento en manejo de la medicación

- | |
|---|
| <p>¡Error! Marcador no definido. 1. Identificación de los beneficios de la medicación.
 2. Autoadministración de la medicación y evaluación de sus efectos día a día.
 3. Identificación y tratamiento de efectos secundarios no deseados. Haciendo hincapié en aquellos que pueden ser manejados por el propio paciente.
 4. Habilidades de negociación de la medicación con el terapeuta</p> |
|---|

Una vez que el paciente completa su formación académica (a los nueve meses de tratamiento), surge uno de sus mayores temores: las entrevistas de trabajo. Por este motivo, durante cuatro sesiones se trabaja en consulta, mediante ensayo conductual, la entrevista laboral. Se repite dicha técnica y por el mismo motivo en otras ocasiones, cuando el paciente lo demanda ante la proximidad de una entrevista de trabajo que considera importante.

Las técnicas de reestructuración cognitiva empiezan a emplearse después del primer año de tratamiento. Fundamentalmente se trabajan técnicas que permitan al paciente descubrir pensamientos automáticos, combatir pensamientos deformados y rechazar ideas irracionales. La nota diferencial en el abordaje de estas técnicas es que se trabajan de forma excesivamente lenta, estructurada y dirigida para asegurarnos que no van a suponer interferen-

cias o van a ser valoradas con ambigüedad por el paciente. Estas técnicas ocupan buena parte del tiempo de cada sesión durante el segundo año de intervención.

Por último, se aborda el tratamiento de las alucinaciones auditivas que se mantienen a pesar del seguimiento farmacológico. Se empieza este módulo de intervención en el último año de tratamiento, concretamente a partir de los 26 meses, coincidiendo con la época en que el paciente empieza a buscar trabajo.

Al hacer un análisis funcional de los momentos del día y de los periodos en los que aparecen las alucinaciones auditivas o lo hacen con mayor intensidad y frecuencia, encontramos que el paciente sufre dichas alucinaciones ante: 1) situaciones de estrés, 2) situaciones que le resultan desagradables por evocar recuerdos negativos, 3) cuando no está realizando tareas que le exijan atención y 4)

en los periodos de tiempo comprendidos desde que se va a la cama hasta que se duerme.

Respecto a las situaciones de estrés, se identifican claramente las siguientes:

a) situaciones de examen y entrevista laboral. En estos casos se trabaja con desensibilización sistemática. Se aplica la técnica de forma estándar. Además, como señalábamos anteriormente, se realiza ensayo conductual sobre la situación de entrevista laboral.

b) situaciones de interacción social, académica y laboral. En este caso, simplemente se refuerzan aquellas estrategias ya aprendidas mediante el aprendizaje estructurado en habilidades sociales que se desarrolló en grupo. Se vuelve a realizar ensayo conductual con situaciones académicas y laborales muy concretas que vive el paciente, no sabe manejar adecuadamente y le generan estrés.

Respecto a las situaciones que evocan recuerdos negativos, encontramos principalmente las de viajar en transporte público. El paciente refiere gran malestar, pues es fundamentalmente en el metro y tren de cercanías cuando en el pasado hacía mayor acto de presencia la ideación delirante de tipo paranoide. Encontramos que el paciente en estas situaciones adopta lo que Arieti (1962) denomina "actitud de escucha", es decir, el paciente en estas situaciones espera que sucedan las alucinaciones auditivas. En este sentido utilizamos técnicas de distracción (p.e.: lectura y escuchar música cuando se viaja) y de parada de pensamiento para cortar aquellos pensamientos (recuerdos) que generan estrés.

Para minimizar la presencia de alucinaciones durante los momentos en que el paciente no realiza tareas que exigen su atención, se instruye al paciente para que no evalúe el contenido de dichas alucinaciones (aunque sea positivo o agradable), no conteste

o establezca diálogo con ellas, y sea capaz, progresivamente con mayor rapidez, de darse cuenta que la aparición de las "voces" se debe a que no tiene ocupada su atención. En este sentido se dan pautas para que en estos casos se ponga a hacer alguna tarea compatible con la situación o con el lugar en el que se encuentre (p.e.: jugar con el ordenador, planificar mentalmente las próximas tareas o actividades a realizar, etc..).

Por último, encontrábamos como periodos en los que aparece de forma invariable la sintomatología alucinatoria, aquellos que van desde que el paciente se mete en la cama hasta que se duerme. Esta situación se caracteriza por no tener nada en que centrarse y además va provocando mayor estrés a medida que el paciente "intenta" dormirse. Esto provoca una retroalimentación negativa que genera un gran nivel de estrés, la imposibilidad de conciliar el sueño, y la máxima vulnerabilidad para que se presenten alucinaciones auditivas. Ante esta situación probamos a emplear la técnica de relajación muscular de Jacobson, primero se instruyó al paciente en la consulta y después se le dejó una cassette para que hiciese los ejercicios en casa. Los objetivos eran obvios: realizar una actividad incompatible con el estrés (ejercicios de relajación), centrar la atención del paciente en una tarea estructurada (cassette) y desviar la atención de sus "imperiosos deseos de dormirse".

Resultados

En las tablas de resultados que se describen a continuación presentamos la evolución del paciente tomando como partida su estado o situación antes de iniciar el tratamiento (PT) y marcando dicha evolución cada tres meses.

Tabla 8. Evolución de la sintomatología

¡Error! Marcador no	6	6	6	6	5	5	5	4	3	3	2	1	1
Tensión y nerviosismo	6	6	5	5	5	4	4	4	3	3	2	4	3
Humor depresivo	5	5	4	4	4	4	3	3	3	2	1	1	2
Alucinaciones auditivas	5	5	5	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2
Delirios de referencia	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Susplicacia paranoide	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	PT	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
		MESES											

1=ausencia; 2=muy leve; 3=leve; 4=moderado; 5=moderadamente severo; 6=severo;

Respecto a la sintomatología clínica que presentaba el paciente al iniciar el tratamiento, hay que señalar que si bien podemos observar (tabla 8) una evolución que se caracteriza por la oscilación en la severidad de dichos síntomas, también podemos apreciar cómo la gravedad de dichos síntomas van siendo progresivamente más leve. En el último mes de seguimiento, encontramos una ausencia de aislamiento social y delirios de referencia, éstos últimos se mantienen en remisión desde el sexto mes de tratamiento. En cuanto a las tensión, nerviosismo y humor depresivo que manifiesta el paciente, hay que señalar que la evaluación que hagamos de ellos va a estar totalmente condicionada por el momento, actividad que esté realizando y fundamentalmente por la valoración que el propio paciente hace de su adecuación al medio social y laboral. Teniendo esto en cuenta, podemos apreciar un descenso significativo del humor depresivo que se presenta en el peor de los casos con una intensidad leve desde en los últimos 18 meses. En cuanto a la tensión y nerviosismo, encontramos una continua oscilación que viene modulada por los continuos cambios en las actividades académicas y laborales que tiene que afrontar el paciente en los últimos

15 meses. La susplicacia paranoide comienza a ser poco significativa a partir de lo nueve meses de tratamiento, convirtiéndose realmente en una desconfianza muy moderada hacia quienes le rodean en los últimos 24 meses. Por último, respecto a las alucinaciones auditivas, encontramos un descenso significativo a partir de los 27 meses, un mes más tarde que focalizáramos la intervención psicoterapéutica en intentar disminuir su frecuencia e intensidad. En los últimos nueve meses, si bien las alucinaciones auditivas persisten, se presentan con una frecuencia e intensidad que el paciente valora como poco significativa, y en ningún caso le producen interferencias funcionales. Además el paciente es capaz de tolerar sin ninguna carga de tensión dichas alucinaciones, es decir, ha aprendido a convivir con este tipo de sintomatología

Los resultados obtenidos tras aplicar el programa de aprendizaje estructurado en habilidades sociales son los que se presentan en la tabla 9. Teniendo en cuenta que dicho programa se desarrolló durante los primeros seis meses, podemos entender cómo en la evaluación correspondiente al sexto mes, tras la finalización de dicho programa, el paciente se presenta con un nivel mayor en habilidades

sociales, que cuando evaluamos a los tres meses siguientes (noveno mes). Por lo tanto, en este caso, el paciente tiene dificultades para mantener la generalización al medio natural del repertorio de habilidades adquiridas. Los resultados, tomando como referencia las me-

didias pretratamiento y la efectuada a los 36 meses, son positivos puesto que el paciente gana capacidad en la mayoría de las habilidades entrenadas, y en los últimos seis meses se mantiene su nivel de capacidad con mínimas oscilaciones.

Tabla 9. Evolución en Habilidades Sociales

	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	PT	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
¡Error! Marcador no definido	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Iniciar conversación	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	3	3
Mantener conversación	1	1	2	2	1	2	2	3	3	4	3	4	4
Pedir ayuda	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Expresar sentimientos positivos	1	1	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4
Expresar sentimient. negativos	1	2	3	4	4	3	3	2	2	2	3	4	4
Ponerse en lugar del otro	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Compartir con los demás	2	2	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3
Autocontrol emocional	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4
Responder a las bromas	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2
Defender los propios derechos	1	1	3	2	2	3	3	4	4	4	3	3	3
Evitar problemas con los demás	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Formular quejas	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2
Responder a una acusación	1	1	2	2	3	3	3	4	4	4	3	4	4
Hacer frente a presion. del grupo	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2
Tomas iniciativas	1	1	1	2	3	2	2	3	3	4	4	4	4
Resolver problemas	3	2	2	3	2	2	3	4	4	3	3	4	3
Tomar decisiones	2	2	2	3	3	4	4	3	2	2	4	4	4

1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=alguna vez; 4=a menudo; 5=siempre

En la evaluación que sigue el paciente para recuperar su capacidad de atención, concentración y memoria (tabla10), creemos que juega un papel importante, además del entrenamiento específico que se sigue, la motivación del paciente. La mejoría, que ya es signi-

ficativa tras finalizar el entrenamiento cognitivo en grupo (sexto mes), comienza a ser progresivamente mayor una vez que el paciente empieza a tener sus objetivos académicos más claros, comienza a realizar cursos de especialización que él mismo elige, y valora

con un optimismo realista la posibilidad de conseguir trabajo una vez que adquiera dichos conocimientos. Por lo tanto no podemos saber a ciencia cierta el papel que juega el entrenamiento en procesos cognitivos. Aunque dicho entrenamiento parece tener importancia en los

primeros estadios del tratamiento, haciendo que el paciente mejore su capacidad, una vez que esta mejoría se produce, va a ser la motivación que tenga el paciente la que haga que éste aumente su capacidad al máximo de sus posibilidades.

Tabla 10. Evolución en Procesos Cognitivos

¡Error! Marcador	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4
Concentración	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4
Memoria	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	<i>PT</i>	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
	<i>MESES</i>												

1=Dificultad severa; 2=Levemente adecuada; 3=Moderadamente adecuada; 4=adecuada.

Tabla 11. Evolución global

¡Error! Marcador no	0	0	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Relación de pareja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	3
Relación familiar	2	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3
Actividad académica	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3
Actividad laboral	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	3	3	3
Manejo de medicación	0	0	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
Estructura horaria	1	1	2	2	3	3	0	4	4	4	4	4	4
Ritmo sueño-vigilia	1	1	1	1	2	2	1	3	3	1	1	3	3
	<i>PT</i>	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
	<i>MESES</i>												

0= ausencia; 1=inadecuada; 2=moderadamente inadecuada; 3=moderadamente adecuada; 4=adecuada

En la tabla 11 presentamos una evaluación global, en la que describimos el nivel de adecuación del paciente al medio familiar, social, académico, laboral, e incluimos los resultados de los objetivos que nos habíamos marcado alcanzar mediante las sesiones de interven-

ción individual. Encontramos un nivel adecuado en la capacidad del paciente para manejar su medicación, y en la estructuración de sus actividades cotidianas, ésta última la consigue con relativa facilidad y como cabía esperar una vez que se mantiene con estabilidad su actividad académica y laboral,

su actividad académica y laboral, siéndole muy complicada de mantener cuando no tiene ninguna exigencia externa, como ocurre en el décimo octavo mes de tratamiento. El resto de las áreas sobre las que se efectúa el seguimiento mantienen un nivel moderadamente adecuado tras 24 meses de tratamiento. Es importante destacar la estrecha relación que existe entre la capacidad de mantener una estructura horaria y un ritmo de sueño vigilia adecuados, con las demandas externas que tiene el paciente en cada momento.

En esta misma evaluación global es importante que nos detengamos brevemente en los aspectos emocionales, ya comentados anteriormente en diversos apartados. Nos referimos fundamentalmente a las respuestas de ansiedad, irritabilidad e ira, y al humor depresivo. Si atendemos al tratamiento farmacológico (tabla 2), podemos observar como tras un mes de tratamiento se retira una de las dos benzodicepina que tomaba el paciente (Fluracepán, -Dormodor-) y a los siete meses la segunda (Clorzepato Dipotásico, -Tranxilium-), no siendo ya necesario el apoyo farmacológico de estos tranquilizantes. Por otro lado, son diversas las técnicas que hemos empleado y que actúan directamente sobre las alteraciones emocionales que sufría el paciente. Aunque no es fácil establecer que papel han jugado cada una de estas técnicas en la remisión de dichas alteraciones, el entrenamiento en habilidades sociales y el ensayo conductual de algunas situaciones concretas surte una gran influencia a la hora de controlar las respuestas de irritabilidad e ira en la relación del paciente con las personas que le rodean (p.e.: saber responder a las bromas en su trabajo, defender sus propios derechos de forma asertiva, no provocar altercados familiares ante el excesivo control que le hacían sus padres con la medicación, etc...). En cuanto al humor depresivo, es difícil saber cual ha sido el peso específico de las técnicas cognitivas empleadas, pues también hemos de tener

en cuenta que la sintomatología depresiva que presentaba el paciente, era secundaria y en buena parte reactiva a la sintomatología psicótica más característica (positiva y negativa), a su aislamiento social, a su inactividad, etc..., y en función de que todos estos síntomas y áreas van tomando un curso positivo, lógicamente el humor depresivo va desapareciendo, encontrando en el último año que aparece en remisión o con una intensidad muy leve.

Discusión y conclusiones

Antes de sacar conclusiones sobre los programas de intervención y técnicas empleadas, hemos de enfatizar, teniendo en cuenta lo que apuntábamos en la introducción de este texto, que los resultados que hemos obtenido y la evolución del paciente es difícilmente generalizable a lo que pueda suceder en otros casos con otros pacientes. Respecto a la idoneidad de emplear de forma general en este tipo de trastornos las técnicas y programas de intervención que en este caso hemos aplicado, hemos de establecer importantes matizaciones.

En primer lugar, hemos de señalar que si son aplicables a todos los casos los programas y técnicas que forman tradicionalmente lo que se vienen a denominar intervenciones psicosociales: intervención farmacológica, intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en el manejo de la medicación. Tal afirmación está suficientemente argumentada con los resultados de aplicar tales programas de intervención y que se recogen en la literatura de los últimos años (Benton y Schroeder, 1990; Falloon y cols., 1984; Hogarty y cols., 1986; Liberman, 1984; Leff y cols., 1989 y 1990)

Ahora bien, en nuestro caso, hemos introducido algunas variaciones al aplicar alguno de estos módulos de intervención, y hemos aplicado otros que no tienen tan sólidamente argumentada su eficacia. En el caso del entre-

namiento en el manejo de la medicación, hemos optado por no realizarlo en grupo como suele ser habitual según la literatura revisada. Por un lado, hemos comprobado la reticencia de los pacientes a comentar cual es el tratamiento farmacológico que están siguiendo y por otra parte, cuando no existe tal reticencia, suelen aparecer problemas al compararse unos con otros siendo habitual el que surjan dudas a cerca de la conveniencia de seguir con tal o cual fármaco o con tales dosis, si "él está igual o peor que yo y toma menos".

La otra línea de intervención que hemos seguido y no es habitual, es el tratamiento de la sintomatología psicótica resistente a la medicación, en nuestro caso alucinaciones auditivas. Esta línea de investigación y tratamiento se basa hasta el momento, únicamente, en el estudio de casos, tal y como aquí se presenta. Como podemos encontrar en la literatura revisada (Arieti, 1962; Johnson y cols., 1983; Slade, 1972 y 1990; Tarrier y cols., 1993),

con este tipo de intervenciones no se pretende eliminar la sintomatología alucinatoria, lo que parece en la mayoría de los casos poco probable, sino conseguir por un lado actuar sobre las situaciones o factores que hacen al paciente más vulnerable ante la misma, y por otro lado dotar al paciente de una mayor tolerancia y percepción de control sobre dicha sintomatología.

Por último, señalar, aunque sea redundante, la eficacia de las intervenciones psicosociales en el tratamiento de las esquizofrenias y añadir una caso más a la lista de aquellos en los que se cuestiona la utilidad de actuar exclusivamente con la farmacología contra la sintomatología psicótica, cuando la historia clínica del paciente evidencia suficientemente que dicha sintomatología no va ser remitida por más que se modifique el tratamiento farmacológico en cuanto a principios activos, dosificación de los mismos o se mantengan dosis elevadas de medicación.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) 4ª de. Washington, D.C.
- Andreasen, N.C. (1981). *Scale for the Assessment Negative Symptoms* (S.A.N.S.) Iowa: University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1984). *Scale for the Assessment Positive Symptoms* (SAPS). Iowa: University of Iowa
- Andreasen, N.C. y Olsen, S. (1982). Negative vs. Positive schizophrenia : definition and validation. *Archives of General Psychiatry*. 39, 789-794.
- Arieti, S. (1962). Hallucinations, delusions and ideas of reference treated with psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 16, 56-60.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1987). A behavioural family intervention with a schizophrenic patient : A case study. *Behavioural Psychotherapy*. 15, 252-271.
- Benton, M.K. y Schroeder, H.E. (1990). Social skill training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 6, 741-747.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox. El grupo de las esquizofrenias*. (Trad. Castellano) Buenos aires: De. Hormé, 1950
- Bleuler, E. (1924). *Tratado de Psiquiatría*. (Trad. Castellano) Madrid : Espasa Calpe.
- Ciampi, L. (1987). Towards a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia : convergin new concepts. En J.S. Strauss, W. Boker y H.D. Brenner (Eds.) *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Toronto: Hans Hober publishers.
- Douglas, M.S. y Mueser, K.T. (1990). Teaching conflict resolution skills to the chronically mentally ill. Social skills training groups for briefly hospitalized patients. *Behavior Modification*. 14, 4, 519-547.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.C. y McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H., Mueser, K., Gingerich, S. y Hole, V. (1988). *Behavioral family therapy: A workbook*. England: Buckingham Mental Health Service.

- Glynn, S.M., Randolph, E.T, Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L. y Strachan, A. (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 157, 877-880.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1980). *Skillsstreaming the adolescent*. (Versión castellana en Martínez Roca, 1989)
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M. y Reiss, D.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study of relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Johnson, C.H., Gilmore, J.D. y Shenov, R.S. (1983). Thought-stopping and anger induction in the treatment of hallucinations and obsessional ruminations. *Psychotherapy: theory, research, practice*, 20, 445-448.
- Kraepelin, E. (1896). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. (Trad. R.M. Barclay) Edinburg : Livingstone, 1919.
- Leff, J.P., Berkowitz, R. y Shavit, N. (1989). A trial of family therapy vs. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- Leff, J.P., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. y Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy vs. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 571-577.
- Lieberman, R.P., Falloon, I.R.H. y Wallace, C.J. (1984). Drug-psycho-social interactions in the treatment of schizophrenia. En M. Mirabi (Ed.) *The cronically mentally ill : Research and services*. New York: Spectrum Publications.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 160-203.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra : OMS.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Schneider, K (1950). *Psicopatología Clínica* (Trad. Castellano) Madrid: Paz Montalvo, 1975.
- Slade, P.D. (1972). The effects on desensitization on auditory hallucinations. *Behaviour, Rresearch and Therapy*, 10, 85-91.
- Slade, P.D. (1990). the behavioural and cognitive treatment of psychotic symptoms. En R.P. Bentall (Ed.) *Reconstructing Schizophrenia*. London : Croom Helm.
- Tarrier, N. y Beckett, R. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : I outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.