

### COMENTARIO A: ESTADOS INICIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

ZIPURSKY RB, SCHULZ SCH. ESTADIOS INICIALES DE LA ESQUIZOFRENIA. BARCELONA: ARS MÉDICA, 2003; 262 PÁGS.

Durante mucho tiempo el diagnóstico de esquizofrenia se realizaba cuando el deterioro del paciente era ya evidente, convirtiéndose en una profecía autocumplidora. Desde esa perspectiva los pacientes esquizofrénicos siempre tenían un curso caracterizado por el deterioro (el pronóstico confirmaba el diagnóstico). El peso del estigma y el nihilismo terapéutico contribuyeron a mantener una actitud desesperanzada ante la esquizofrenia. Harding y Zahner, en un artículo ya clásico<sup>1</sup>, criticaron la existencia de 7 mitos sobre la esquizofrenia que contribuían a mantener una visión pesimista sobre su evolución y tratamiento. Poco a poco, la cronicidad deteriorante de la esquizofrenia se ha ido convirtiendo en la persistencia de un trastorno recurrente con recuperaciones.

La diferencia que se establece habitualmente entre rehabilitación y tratamiento ha relegado las intervenciones psicosociales al último lugar, tras la aparición de una clara discapacidad y minusvalía. Actualmente existe la esperanza de que la intervención precoz mejore la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. El objetivo es conseguir la mayor recuperación funcional para los pacientes. Los llamados tratamientos psicosociales deben tener un papel importante desde el inicio del trastorno.

El libro, del que Zipurski y Schulz son editores, se estructura en 9 capítulos (de diferente autoría) divididos en tres partes. Algunos de ellos presentan investigaciones realizadas por los autores, y otros realizan una revisión del tema tratado:

—Parte I: Epidemiología y evolución natural de la esquizofrenia.

—Parte II: Tratamiento de los estadios iniciales de la esquizofrenia.

—Parte III: Investigaciones neurobiológicas.

En el primer capítulo: “Qué síntomas predicen el inicio del primer episodio en un grupo de riesgo elevado”, el grupo de McGorry (en Melbourne) parte de la base de que la esquizofrenia se caracteriza por una fase prepsicótica o “prodrómica” que implica deterioro y discapacidades psicosociales importantes, durante un período largo de tiempo (2 a 5 años). Su programa de intervención (Clínica para la Evaluación Personal y de Crisis: PACE) va dirigido a individuos que manifiestan alguna forma de alteración psicopatológica (síntomas subumbrales), con el objetivo de reducir el riesgo de desarrollar un trastorno completo. Cita a un autor, al que por desgracia actualmente se tiene poco en cuenta, H. S. Sullivan, quien ya decía en 1927: “Creo que

muchos casos incipientes pueden detenerse antes de que se pierda completamente el contacto con la realidad y sea necesaria una larga estancia en instituciones [...]. Cuanto más tiempo pueda evitarse un colapso psicótico, menor será la posibilidad de un trastorno grave, y menos específica será cualquier enfermedad que siga”.

El capítulo 2 está dedicado a un estudio epidemiológico sobre la evolución de la enfermedad en pacientes con síntomas psicóticos seleccionados en el momento de su primera hospitalización (Proyecto de Salud Mental del Condado de Suffolk).

Jeffrey Lieberman expone, en el capítulo 3, el estudio prospectivo realizado a partir de la investigación sobre el primer episodio en el Hillside Hospital de Nueva York. A partir de este estudio establece la hipótesis de que los procesos fisiopatológicos de la esquizofrenia se despliegan en tres estadios a lo largo de la vida del paciente: en el primero (estadio 1) se da una alteración inicial en el desarrollo del sistema nervioso central (SNC) que no desemboca en una psicosis hasta que se produce una combinación de acontecimientos evolutivos y de mala regulación, que causan una sensibilización (estadio 2) que puede conducir al inicio formal de la enfermedad. Los episodios de la enfermedad, si son persistentes o recurrentes pueden progresar hacia una fase degenerativa y autolimitante (estadio 3) manifestada por morbilidad persistente, resistencia al tratamiento y deterioro clínico. Lieberman concluye que la identificación e intervención precoces y la prevención de recaídas serán cruciales en el tratamiento de la esquizofrenia.

En la segunda parte, además de un capítulo sobre el tratamiento farmacológico, se abordan dos temas de gran interés en rehabilitación. El capítulo 5 está dedicado a “conocer las necesidades emocionales del paciente”. Desde la perspectiva actual de “recuperación” de la enfermedad es de enorme importancia el afrontamiento de la vergüenza, el estigma y el aislamiento social, y la superación del rol de paciente como centro de la vida. El inicio de la enfermedad y la experiencia de una primera hospitalización provocan una sensación de shock y de incredulidad, que lleva a considerar que los pacientes experimentan algo similar a un síndrome por estrés postraumático. Los sentimientos de desesperanza y depresión son muy frecuentes y deben ser tenidos en cuenta, por el sufrimiento que provocan y por el riesgo de suicidio que conllevan. Si no abordamos estos problemas emocionales el riesgo de cronificación, con una limitación progresiva de los roles y la adopción del papel de enfermo crónico, será el curso habitual de la enfermedad. Es necesario hablar con los pacientes de su experiencia, ventilar los sentimientos negativos, hacer que se sientan aceptados y comprendidos, aumentar su esperanza. Los autores aconsejan programas estructurados de Rehabilitación Psicosocial que se centren en estrategias de afrontamiento y reanudación gradual de actividades, para los pacientes que continúan experimentando síntomas

psicóticos o síntomas negativos o déficit cognitivo. Subrayan también la importancia de los programas psicoeducativos que transmitan información de manera prudente, respetando el tiempo que cada paciente necesita para elaborar y resolver su experiencia.

Otro capítulo (capítulo 6) está dedicado a la “Intervención familiar en los estadios iniciales de la esquizofrenia”. La intervención con familiares de pacientes con primeros episodios debe diferenciarse de la utilizada con pacientes de evolución más larga. La pregunta que hacen los familiares es: ¿mi hijo se recuperará completamente y volverá a estar bien? Los temas a abordar: la elaboración del duelo (renunciar a esperanzas, sueños, expectativas y reasignar responsabilidades y papeles en la familia); cómo continuar con su vida; cómo conciliar las obligaciones y las necesidades de su familia con las suyas. Las familias necesitan implicarse en el proceso terapéutico lo antes posible. Deben evaluarse las necesidades emocionales y educativas de cada familia, para atenderlas y para potenciar su capacidad de participación.

En la tercera parte se aborda el tema de la esquizofrenia en la infancia y adolescencia, finalizando con un capítulo dedicado al deterioro cognoscitivo en los estadios iniciales de la esquizofrenia. Los déficit cognoscitivos están presentes antes del inicio de la psicosis, ya desde edades muy tempranas, y predicen el desarrollo de esquizofrenia. Los antipsicóticos no han demostrado ser efectivos para remediar los déficit cognoscitivos de una forma clínicamente

relevante. La rehabilitación cognitiva choca con las dificultades de generalización. Los autores aconsejan la individualización de las técnicas rehabilitadoras, utilizando estrategias compensatorias y de “aprendizaje sin errores”.

Son todavía escasas las publicaciones dedicadas a las intervenciones en los estadios iniciales de la esquizofrenia. El presente libro nos aporta datos para reflexionar y planificar estrategias y programas de Rehabilitación Psicosocial. Se echa en falta una mayor profundización en algunos temas, motivada probablemente por la diversidad de capítulos y autores. Cada vez más los tratamientos psicosociales, como parte de un abordaje integral, tienen que ocuparse del momento inicial de la enfermedad. Debemos sin embargo tener cuidado de que los pacientes de larga evolución no queden relegados en este nuevo planteamiento, que implica una atención de mayor intensidad desde el inicio del trastorno y un mayor interés por los pacientes más jóvenes.

R. Touriño

Programa de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria.

## Bibliografía

1. Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90 (Suppl 384):140-6.