

24. 106



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL AUTOCONCEPTO EN
ESQUIZOFRENICOS**

P R E S E N T A :

ARMANDO FRANCISCO NAVA HERNANDEZ

Directora de Tesis
Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

MEXICO, D. F.

1986.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAG.

INTRODUCCION 1

MARCO TEORICO

CAPITULO 1 ESQUIZOFRENIA

1.1	Antecedentes históricos de la Esquizofrenia . .	8
1.2	Epidemiología	11
1.3	Etiología y Marcos Conceptuales	12
1.4	Definición	17
1.5	Rasgos Clínicos	25
1.6	Síndromes	28

CAPITULO 2 AUTOCONCEPTO

2.1	Teorías del Yo	32
2.2	Teorías del Self	42
2.3	Definición de Autoconcepto	47
2.4	Componentes del Autoconcepto:	48
2.4.1	Sí mismo existente	48
2.4.2	Sí mismo deseado	53
2.4.3	Sí mismo presentado	56
2.5	Resumen y Conclusiones	57

CAPITULO 3 AGENTES NEUROLEPTICOS

3.1	Clasificación	61
3.2	Acciones clínicas	65
3.3	Empleo clínico	67

CAPITULO 4 PSICOTERAPIA

4.1	Contexto histórico de la psicoterapia	71
4.2	Definición de psicoterapia	74
4.3	Modelos psicoanalíticos de psicoterapia	75
4.4	Otros modelos de psicoterapia	76
4.5	Tratamiento de la esquizofrenia:	79
4.5.1	Métodos analíticos	80
4.5.2	Métodos psicoterapéuticos	82
4.5.3	Métodos de farmacoterapia	87

	PAG.
CAPITULO 5	INVESTIGACIONES SOBRE AUTOCONCEPTO
5.1	Autoconcepto en esquizofrénicos y otras poblaciones. 93
5.2	Autoconcepto en esquizofrénicos en investigaciones de tipo A-B-A 100
5.3	Investigaciones sobre la validez del Test de Autoconcepto de Tennessee. 106
CAPITULO 6	METODOLOGIA
6.1	Objetivo general. 113
6.2	Objetivo específico, planteamiento del problema 113
6.3	Hipótesis planteadas 114
6.4	Selección de la muestra 116
6.5	Características de la muestra 117
6.6	Diseño de investigación 120
6.7	Instrumento 120
6.8	Desarrollo de la escala 122
6.9	Validez de la escala 123
6.10	Escenario 124
6.11	Procedimiento 124
6.12	Tratamiento estadístico 126
CAPITULO 7	RESULTADOS 130
CAPITULO 8	DISCUSION DE RESULTADOS 141
CAPITULO 9	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 160
	 BIBLIOGRAFIA 166

M A R C O T E O R I C O

I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

Los cambios tan marcados que han ocurrido en los últimos 25 años en el tratamiento de esquizofrénicos, se deben al uso propagado de neurolépticos para administración diaria en pacientes agudos y terapias de larga duración (Schooler y Levine, 1979).

A pesar de todos estos cambios los cuales han sido dados inclusive desde hace 72 años en que Bleuler en 1911 introdujo el término, la esquizofrenia ha quedado como uno de los desordenes psiquiátricos más importantes y uno de los mayores problemas de salud pública en diversas ciudades del mundo (Ban y Lehmann, 1977).

Estos avances nos llevan a revisar y analizar los cambios producidos por los tratamientos farmacológicos en una área importante de la Personalidad, como es el Autoconcepto del paciente con esquizofrenia. Nos interesa conocer como se percibe el paciente, como se ve a sí mismo y ante los demás, es decir qué concepto tiene de sí mismo.

En el manual del Test de autoconcepto de Tennessee, William Fitts menciona que en la actualidad se sabe que la gente con un autoconcepto distorsionado tiene más dificultades en la vida y que la psicoterapia trata de que la gente desarrolle una autoconciencia más realista aceptándose tal como es, pero la psicoterapia es larga, costosa y un recurso limitado a unos pocos, por lo tanto no se resuelve el problema.

Fitts (1965) supone que se puede lograr una mejor autoconciencia si un grupo vital, un pequeño grupo se caracteriza por una interacción libre, abierta y no destructiva, esto contribuirá a una autopercepción más realista.

Carl Rogers define el autoconcepto como "una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son probablemente conscientes. Esta compuesto por percepciones de las propias características y habilidades, los perceptos y conceptos de sí mismo en relación a los otros y el ambiente; los valores que son percibidos y asociados con experiencias y objetos, las metas e ideales que perseguimos ya sean positivos o negativos". (1)

Se señala generalmente que aparece también un componente de actitudes que incluye los sentimientos acerca de sí mismo, las actitudes frente al status actual y frente a los prospectos futuros.

El autoconcepto incluye pues no solamente el conocimiento de "lo que soy" sino también de "lo que quiero ser". Así permite a la personalidad una concepción coherente, unificada de sí misma, lo que le da la posibilidad de manejarse adecuadamente en su ambiente. Rogers (1975) al igual que Fitts esta de acuerdo en que la persona que completa su psicoterapia se siente más aliviada al ser ella misma, más segura de sí misma, más realista en sus relaciones con los demás, y desarrolla relaciones interpersonales notablemente mejores.

(1) Rogers C. "Psicoterapia Centrada en el Cliente"; Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós, 1975. pp. 425.

Resulta paradójico que siendo la psicosis y en especial la esquizofrenia uno de los temas más estudiados en la práctica clínica prevalezcan enfoques unilaterales en el tratamiento, el enfoque más generalizado es el llamado "Organicista", el cual concibe al hombre como un ser biológico, de aquí que solo busque la erradicación de la sintomatología física.

Recientemente en nuestro País se ha planteado la necesidad de conocer los beneficios Psicoterapéuticos a los tratamientos psicofarmacológicos, en 1984 la Asociación Psiquiátrica Mexicana realizó una mesa redonda titulada: "Un error histórico: Psicoterapia o Psicofármacos", en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. En esta reunión se argumentó que el fanatismo psicoanalista y el fanatismo organicista son las causas principales del lento desarrollo en la psiquiatría en México. El Dr. Javier Sepúlveda Amor señaló que la perpetuación de las dicotomías en el tratamiento a pacientes psiquiátricos se deben a la ignorancia de las mismas técnicas por parte de quien las aplica así como al desconocimiento del paciente. Planteó un experimento realizado con pacientes ansiosos y deprimidos los cuales fueron tratados con : a) - psicofármacos, b) psicoterapia y c) terapia combinada. El tercer tratamiento obtuvo mejores resultados.

Otros argumentos hicieron notar que existen reglas de tratamiento, así hay situaciones en las que sería inadecuado aplicar psicofármacos y otras en que se elimina el uso de la psicoterapia. Por último el Dr. Ruiz Tavíel señaló la importancia al hablar de psicoterapia de distinguir los distintos tipos como son: psicoterapia psicodinámica, basada en el subconsciente, psicoterapia con base filosófica denominada psicoterapia existencial, y la terapia

conductual que rechaza la participación del subconsciente. Agregó que hay una variable digna de tomarse en cuenta : el índice intelectual, la experiencia de vida determina el carácter de la psicoterapia.

En las terapias de mantenimiento con neurolépticos se ha logrado reducir la sintomatología esquizofrénica, esto con el objeto de incrementar la permanencia de los pacientes en la comunidad, sin embargo habría que cuestionar y replantear los objetivos del tratamiento, puesto que es necesario conocer como se siente el paciente en su comunidad, en este ambiente de familia y comunidad en el cual se originó y/o desencadenó el padecimiento.

Barbara Stevens (1973) encontró que los efectos colaterales provocados por neurolépticos de larga duración modificaban los beneficios de la terapia de mantenimiento en cambios en el funcionamiento social (mejoría con los padres y cónyuges, una disminución de la preocupación de los familiares del paciente o del grupo donde vive y una reducción de la conducta agresiva) señala que el malestar y la incapacidad de los efectos colaterales tal vez sean el obstáculo social.

En los tratamientos psiquiátricos y con esquizofrénicos se pretende reducir la sintomatología y si es posible desaparecerla, para esto la tecnología actual procura crear psicofármacos más efectivos, los cuales produzcan menos efectos colaterales. También en estos tratamientos se busca que el paciente no sufra nuevas recaídas, que vuelva a la comunidad y que reduzca su permanencia hospitalaria, sin embargo los pocos logros obtenidos en el tratamiento a estos pacientes hace necesario un cuestionamiento de las técnicas empleadas y de lo que se pretende sanar.

Existen gran cantidad de conocimientos respecto a lo que se denomina "esquizofrenia", sin embargo la falta de profesionales - preparados, el desconocimiento del paciente, de su familia y su - ambiente, así como las actitudes institucionales, sociales y polí- ticas respecto a la salud mental en general hacen que cada vez se convierta en un problema complejo y sin solución.

Los datos señalan que el 1% a nivel mundial de la gente su- fre una reacción esquizofrénica alguna vez en sus vidas. Ban y Ia- hman 1977 han estimado que entre un tercio y un medio de todas las camas psiquiátricas en los E.U. son ocupadas por pacientes esquizo- frénicos, con un costo de 20 billones de dólares al año (Gunder- son y Mosher, 1975). La enorme angustia humana, asociada con un - desorden mental, puede por supuesto no ser cuantificada.

Christian Delacampagne (1978) se pregunta respecto al trata- miento a esquizofrénicos: ¿Cuál sería el fundamento de una tera- pia de la psicosis? ¿Dónde se situarían las explicaciones que su- puestamente debe proporcionar el médico (no sólo al enfermo sino también a su entorno) si a priori se declara la imposibilidad de lo real?.

Los planteamientos anteriores aunados a la revisión biblio- gráfica de los mismos, nos permite señalar el porque de esta in- vestigación:

- a) Se desconoce en las investigaciones sobre autoconcepto en pacientes esquizofrénicos, cuales son los criterios diag- nósticos utilizados. Además no se hace referencia al con-

trol farmacológico seguido, que sin duda es necesario para la validez y confiabilidad.

- b) No existe en la bibliografía revisada en nuestro País, -- trabajos sobre esquizofrénicos que hablen sobre el auto-- concepto, en donde además se lleve un control experimental riguroso y un muestreo representativo.
- c) En las investigaciones existen contradicciones en cuanto al término de autoconcepto, ya que los diferentes teóri--cos definen el término de distinta manera.
- d) Los instrumentos utilizados para la medición de autocon--cepto reflejan el problema conceptual anterior, además - del de estandarización.
- e) Son mínimas las investigaciones sobre autoconcepto que señalan cambios cualitativos por el solo tratamiento farmacológico, la gran mayoría sí señalan la importancia de conocer como se percibe a sí mismo el paciente esquizofrénico. Este conocimiento permitirá plantear alternativas encaminadas no solo a un enfoque terapéutico bio-psico-social del paciente, sino a proponer medios terapéuticos que fomenten la autoestima en el paciente y la objetividad en el tratamiento.

M A R C O T E O R I C O

CAPITULO 1 : ESQUIZOFRENIA

El trabajo con esquizofrénicos nos ha llevado a la necesidad de revisar ampliamente lo que actualmente se denomina como esquizofrenia. A pesar de la cantidad de información acumulada sobre este padecimiento, la cual ha ido en constante aumento, existen enfoques teóricos que no permiten la integración de los logros alcanzados en el terreno práctico-clínico y de investigación. Se señala que para la comprensión de la salud mental se ha caído en tres concepciones extremas: el psicologismo, el sociologismo y el organicismo (Guinsberg,1976). En este capítulo se revisan aspectos generales de estos enfoques teóricos. Además se analizan las teorías que explican la etiología de la esquizofrenia y se cuestiona la definición de acuerdo a diversos autores.

Las características de nuestra muestra adquieren valor y significado al comparar las variables que definen a los sujetos con la epidemiología que se describe en esta sección. Nuestros sujetos confirman hechos epidemiológicos como por ejemplo la edad en la que ocurre este padecimiento (de 20 a 50 años de edad en nuestra muestra).

Los problemas que se describen en relación a la definición de esquizofrenia son problemas que se han enfrentado en esta investigación. Al utilizar un diagnóstico psiquiátrico como el de Feighner se pensó en un criterio que permitiera la adecuada selección de la muestra, si bien esto surgió como una necesidad de --

investigación se está de acuerdo en que el diagnóstico no describe al paciente esquizofrénico como totalidad, el diagnóstico tiene una función específica dentro de la práctica clínica, es por esto que se hace necesario describir los rasgos clínicos y síndromes de la esquizofrenia.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

La búsqueda de las causas y curas de las manifestaciones esquizofrénicas ha sido, ciertamente, dificultada por el hecho de que lo que hoy se conoce con el nombre de esquizofrenia no fue descrito como enfermedad sino hasta 1896, año en que Emil Kraepelin puso bajo el nombre de demencia precoz una gran variedad de síndromes psicóticos previamente considerados como enfermedades separadas (Freedman, 1984).

En 1867, Kraepelin consideró que la demencia precoz era idéntica a la hebefrenia y que la catatonía y la demencia paranoide eran enfermedades distintas. En 1898, en una reunión histórica celebrada en Heidelberg, presentó un trabajo titulado "Diagnóstico y pronóstico de la demencia precoz". En él unificaba todas las demencias primarias y secundarias en una única enfermedad mental caracterizada por la ausencia de causas externas, por su ocurrencia habitualmente en personas jóvenes y anteriormente sanas y, lo que es más importante, por el deterioro final (Minkowski, 1980).

Desde el punto de vista clínico, es Eugen Bleuler el continuador de Kraepelin, Bleuler introduce el término esquizofrenia, que traducido literalmente significa mente dividida.

Bleuler afirmaba que no se trataba de un deterioro de las facultades intelectuales, en su monografía clásica "Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias" en 1911, él ya no consideraba las características de incurabilidad o deterioro terminal como rasgos necesarios de la esquizofrenia. Para él la esquizofrenia era tanto una reacción morbosa como una entidad psicopatológica, es decir, un síndrome. En consecuencia, podía esperarse que algunos pacientes se deterioraran y que otros se recuperarán, con defectos o sin ellos.

La contribución principal de Bleuler fue la división entre síntomas primarios y secundarios, siendo los primeros trastornos afectivos, de las asociaciones y la volición, el cuadro clínico descrito por Kraepelin sobre la esquizofrenia Bleuler lo integra como síntomas secundarios: por ejemplo, alucinaciones, ideas delirantes, negativismo y estupor (Freedman y Kaplan, 1984).

Carl Jung en 1907 trabajó con esquizofrénicos en el Hospital Burghoelzli de Zurich, bajo la dirección de Bleuler, ambos fueron influidos por Freud y aceptaron el enfoque psicoanalítico, por vez primera los psiquiatras empezaron a darle significado y sentido a los síntomas psicóticos.

Adolf Meyer es la cuarta figura importante en el desarrollo del concepto de esquizofrenia, fue fundador de la escuela psicobiológica, creyó que la esquizofrenia era la consecuencia natural y reacción a diversos factores físicos, sociales y psicológicos del pasado del paciente. Creó el término parergasia para la esqui

zofrenia que se debía, según Meyer, a hábitos de reacción defec--
tuosa. Meyer fue uno de los primeros en recalcar que no interesa
tanto hacer un diagnóstico clasificable, sino estudiar los hechos
y los factores que actúan en cada paciente y en sus cualidades po
sitivas (Kolb, 1973).

En su teoría inicial de Freud en 1911 sobre el "Ego", propues
ta en "Los dos principios del funcionamiento mental", plantea que
el rompimiento con la realidad en forma extrema representa a algu
nos tipos de psicosis alucinatoria. Más tarde en 1923 en "Neurosis
y Psicosis", Freud menciona la fórmula que integra quizá la dife
rencia genética más importante entre la neurosis y psicosis: la -
neurosis sería el resultado de un conflicto entre el "yo" y el -
"ello" y, en cambio, la psicosis el desenlace análogo de tal per
turbación de las relaciones entre el "yo" y el mundo exterior.

Freud considera respecto a las esquizofrenias que culminan -
con un embotamiento afectivo; esto es una pérdida de interés hacia
el mundo exterior. La etiología común a la explosión de una psic
neurosis o una psicosis es siempre la privación, el incumplimien
to de uno de aquellos deseos infantiles, jamás dominados, que tan
hondamente arraigan en nuestra organización, determinada por la -
filogenia.

Para Freud: "En la psicosis se tiende a compensar la pérdida
de la realidad creando una nueva realidad exenta de los motivos -
de disgusto que la anterior le ofrecía... en la neurosis no se nie
ga la realidad; se limita a no querer saber nada de ella, en la -

psicosis la niega e intenta sustituirla. En la psicosis, la elaboración modificadora de la realidad recae sobre las cristalizaciones psíquicas de la relación mantenida hasta entonces con ella; - esto es, sobre las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios tomados hasta entonces de ella y que la representaban en la vida anímica. Así se plantea a la psicosis la tarea de procurarse aquellas percepciones que habrían de corresponder a la nueva realidad, consiguiéndolo por medio de la alucinación". (2)

1.2 EPIDEMIOLOGIA

La esquizofrenia (como una de las enfermedades mentales crónicas más alteradoras y desorganizantes) supone un problema de salud pública tremendo para todo el mundo. Haroutun Babigian citado por Freedman y Kaplan 1982, menciona los métodos de estudio que han sido utilizados para la investigación epidemiológica de la esquizofrenia, se dividen en tres categorías: revisión de registros de disponibilidades de tratamiento durante un período de tiempo o análisis de los informes estadísticos de diversos centros, registros de casos psiquiátricos e investigaciones de campo. Se han diagnosticado psicosis esquizofrénicas en todas las culturas donde se estudian con precisión los trastornos mentales. Parece que las fuerzas culturales sólo modifican la fenomenología clínica de estas reacciones, es decir, el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes (Kolb, 1978).

(2) Freud Sigmund, (1924), La pérdida de la realidad en la Neurosis y en la Psicosis; Tomo III Obras Completas, Tercera edición, Ed. Biblioteca Nueva, pp. 2746.

Babigian refiere que cada año, entre 100,000 y 200,000 estadounidenses se encuentran afectados por esta enfermedad. Hoy en día se supone que un total de 2 millones de estadounidenses sufren esquizofrenia.

La esquizofrenia se presenta tanto en adolescentes como en adultos jóvenes y su máxima prevalencia se encuentra entre las edades de los 15 y de los 54 años, es decir, la edad más productiva de la mayor parte de la gente. El costo directo e indirecto anual en los E.U. es de 14,000 millones de dólares. Los índices de prevalencia de la esquizofrenia son superiores entre las clases socioeconómicas inferiores. La posibilidad de expectación esquizofrénica es superior entre parientes de esquizofrénicos que entre la población en general. Los índices de matrimonio y de reproducción de los esquizofrénicos son inferiores a los de la población en general. Los esquizofrénicos tienen un índice de mortalidad superior al de la población en general, si bien este índice es inferior al de otros enfermos con enfermedades afectivas, neurosis y alteraciones del carácter. Los estudios epidemiológicos sugieren que factores demográficos, sociales y culturales tienen importantes influencias selectivas sobre las personas que desarrollan una esquizofrenia.

1.3 ETIOLOGIA Y MARCOS CONCEPTUALES

Los psiquiatras sostienen teorías sobre las causas de la esquizofrenia que van desde considerar una sola causa a una interac

ción compleja entre muchos factores, las teorías postulan:

- 1.- La esquizofrenia es una enfermedad que refleja un defecto material en un sistema orgánico, quizá el cerebro, provocado -- por un defecto hereditario, congénito, metabólico o estructural, por un agente exógeno, tal como virus o una bacteria, o por una fuente endógena, tal como las glándulas endocrinas.
- 2.- La esquizofrenia es una enfermedad física y psicosomática, -- las personas que la padecen son sensibles a ciertos tipos de stress, lo que hace que disminuya su capacidad de adaptación.
- 3.- La esquizofrenia es una forma de inadaptación ocasionada originalmente por el ambiente familiar y adecuada a él y a los -- miembros que interactúan con él.
- 4.- En la persona esquizofrénica el desarrollo psicosocial se detuvo en una época temprana de la vida, sea por un trauma psicológico grave o por alguna desviación importante en la maduración de sus funciones psicológicas (Freedman y Kaplan, 1984).

Herbert Weiner -citado por Freedman- explica que las teorías psicoanalíticas postulan una predisposición al stress, un trastorno entre la interacción madre-hijo, como base para la esquizofrenia. En sus investigaciones pioneras sobre las psicosis, Federn concluyó que un trastorno crucial, quizá fundamental en la esquizofrenia, era un trastorno en la capacidad temprana del paciente de conseguir la diferenciación entre sí mismo y el objeto.

Según la opinión psicoanalítica actual, los trastornos de las funciones del Yo, al igual que las del super Yo, deben ser atri--

buidas a desviaciones en su desarrollo, maduración e integración en la infancia. Estas alteraciones se presentan como consecuencia de factores genéticos, constitucionales o fisiológicos o como resultado de las alteraciones en las recíprocas relaciones entre el niño y la madre.

Los psicólogos clínicos y experimentales se han dedicado no sólo a poner a prueba las observaciones psiquiátricas, sino también a desarrollar teorías sobre la esquizofrenia. McReynolds - - (1960) formuló la teoría de que la ansiedad esquizofrénica se produce por que el paciente ha sido anegado por percepciones inasimilables; para defenderse contra la ansiedad, el paciente trata de integrar y reducir estas percepciones por medio de la apatía y el aislamiento.

Las teorías sobre la dinámica familiar y la experiencia vital en los últimos años han estudiado a los padres y familias de los pacientes esquizofrénicos. En relación a las características de los padres Sullivan (1947) concluyó de sus investigaciones clínicas que algunos de sus pacientes esquizofrénicos cuando eran niños, habían sufrido ansiedad transmitida por sus madres ansiosas. Otros autores han descrito la madre del esquizofrénico potencial como agresiva, rechazante, dominadora e insegura y al padre como inadecuado, pasivo e indiferente. En otros textos los padres han sido descritos como amenazadores, agresores o brutales o como abrumadores para el niño.

El estudio de la familia tiene como raíz el concepto de que

el paciente es un síntoma de la patología familiar y que los trastornos mentales graves guardan una relación causal con la existencia de enfermedad mental o psicopatología en los padres.

Algunos investigadores, tales como Bowen (1960), hablan de divorcio emocional para caracterizar las parejas matrimoniales en las cuales existen desacuerdos manifiestos pero no sentimientos compartidos o en los cuales marido y mujer presentan una fachada compatible al mundo pero no pueden tolerarse entre sí en privado. Cuando el miembro inadecuado de esta pareja es la esposa, comunica sus sentimientos de inadecuación al niño y se siente amenazada por la creciente independencia del niño.

Los estudios retrospectivos de esquizofrénicos adultos han encontrado tres grupos generales: En el primero eran niños muy aferrados a la madre, durmieron con ella hasta el final de la adolescencia, tenían pesadillas, eran eneuréticos y tenían temores y pánico cuando estaban lejos de casa. Otros han sido descritos como estudiosos, solitarios, sin amigos, autoconcientes, propensos a los ensueños, aislados e hipersensibles con ocasionales explosiones de cólera. Un tercer grupo era desde una temprana edad asocial, descarado y falto de urbanidad.

Las investigaciones de la relación de la clase social con la esquizofrenia se han referido a dos temas principales: el status social del individuo en el momento en que se desencadena su crisis psicótica y las características ecológicas de su comunidad. La máxima incidencia de esquizofrenia, especialmente en las muje-

res, se da en la clase social más baja. En los estudios ecológicos, la incidencia máxima se encuentra en las partes de la ciudad más pobres, más desorganizadas y a menudo centrales de la ciudad. La esquizofrenia se ha vinculado también a procesos tales como la urbanización, aculturación y las variaciones económicas. Los efectos del status de emigrante han sido estudiados más extensamente que cualquier otro parámetro de cambio social. Malzberg y Lee -- (1956) concluyeron que la esquizofrenia es más frecuente entre -- los emigrantes recientes en el estado de Nueva York, que entre las personas nacidas en dicho estado.

Dentro de las teorías orgánicas los errores congénitos del metabolismo de origen genético han sido muy estudiados, Heath -- (1960) si bien mantiene un enfoque multifactorial al explicar la esquizofrenia, concluye que el defecto genético crucial se manifiesta por la presencia de una proteína, la taraxeína, que es responsable de una aberración del metabolismo de las aminas biógenas. Una variante de esta hipótesis es el postulado de que la adrenalina liberada por las situaciones vitales de stress se metaboliza -- enormemente para formar derivados alucinógenos de la adrenalina, el adrenocromo y el adrenolutin. Sin embargo, la alucinosis no es patognomónica de la esquizofrenia (Freedman, Kaplan y Sadock, 1984).

1.4 DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA

Ramón de la Fuente (1959) define a las esquizofrenias como - psicosis caracterizadas por la ruptura de la relación con el mundo exterior y por una marcada regresión. Señala que el conocimiento de los síntomas permite darle sentido a la conducta aparentemente caótica del esquizofrénico.

El criterio diagnóstico descrito para la esquizofrenia por el DSM-III dice:

a.- Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante alguna - de las fases de la enfermedad:

1) Ideas delirantes extrañas; 2) Ideas delirantes somáticas, de grandeza, religiosas, nihilistas; 3) Ideas delirantes persecutorias o celotípicas; 4) Alucinaciones auditivas, voces - en relación al sujeto; 5) Alucinaciones auditivas una o dos - palabras sin relación con la depresión o euforia; 6) Incoherencia, incapacidad asociativa, pensamiento ilógico, pobreza en el lenguaje, acompañada de alguno de los siguientes síntomas: afectividad embotada, aplanada o inapropiada, ideas delirantes o alucinaciones y conducta catatónica o gravemente desorganizada.

b.- Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

c.- Duración: signos continuos de enfermedad durante 6 meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto con algunos signos de enfermedad en la actualidad.

- d.- Presencia de un síndrome maníaco o depresivo completo aparecido tres síntomas psicóticos.
- e.- Inicio de la fase prodrómica o de la fase activa antes de los 45.
- f.- Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental orgánico o a retraso mental.

En esta investigación se utilizó el criterio Diagnóstico para uso en la Investigación Psiquiátrica realizado por Feighner et al. Se decidió emplearlo en contraste con el Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana y el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-III), en los cuales la clasificación diagnóstica esta basada en el "mejor juicio clínico y experiencia" de un comite y sus consultantes, esta comunicación presenta una clasificación diagnóstica validada primeramente por seguimientos y estudios de familia. Feighner divide en 5 fases el criterio para el establecimiento de validación diagnóstica en enfermedades psiquiátricas:

- 1.- Descripción clínica. Datos de identificación del paciente factores precipitantes de la enfermedad y sintomatología.
- 2.- Estudios de laboratorio. Químicos, fisiológicos, radiológicos y anatómicos. Test psicológicos.
- 3.- Delimitación de otros desórdenes. Pacientes con enfermedades físicas, borderline, casos dudosos.
- 4.- Estudios de seguimiento. Se busca determinar si el padecimiento actual es el mismo o no que el original y en este sentido

comprobar si el diagnóstico es correcto. Este aspecto resulta relevante para el tratamiento y el pronóstico.

5.- Estudios de familia. Se investigan causas hereditarias y medio-ambientales.

El Diagnóstico de esquizofrenia es el siguiente:

A. Ambos de los siguientes son necesarios : 1) Una enfermedad crónica con 6 meses al menos de síntomas, sin que posteriormente se vuelva al nivel premórbido de ajuste o adaptación psicosocial. 2) Ausencia de un período depresivo o síntomas maníacos suficiente para calificarlo de desorden afectivo o probable desorden afectivo.

B. El paciente debe tener al menos uno de los siguientes: 1) Ilusiones y alucinaciones sin significado explícito o desorientación asociada con ellas. 2) Producción verbal que hace la comunicación difícil, ya que se carece de una lógica u organización comprensible.

Muchos pacientes con esquizofrenia tienen características de embotamiento. Afecto inapropiado; sin embargo cuando ocurre en forma moderada, es difícil llegar a considerarlos con seguridad como un síntoma discriminativo. En base a la información disponible, el afecto embotado ocurre raramente o no se presenta en la ausencia de B₁ y B₂.

C. Al menos tres de las siguientes manifestaciones deben estar presentes para un diagnóstico de "definición" de esquizofrenia, y dos para un diagnóstico "probable" de esquizofrenia:

1) Aislamiento. 2) Ajuste social o historia laboral premórbida

pobre. 3) Historia familiar de esquizofrenia. 4) Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas dentro de un año del comienzo de la psicosis. 5) Comienzo de la enfermedad antes de los 40 años de edad". (3)

Han sido muy cuestionados los diagnósticos psiquiátricos sobre esquizofrenia, ya que se parte de la interrogante de si existe alguna enfermedad que sea la esquizofrenia?. Podemos dividir las actitudes hacia la esquizofrenia en tres grupos; el primer grupo serían aquellos especialistas en la salud mental que consideran que la esquizofrenia no es una enfermedad mental, el segundo quienes sí la consideran una enfermedad mental, y un tercer grupo con una actitud de fomentar la investigación para lograr mejores criterios diagnósticos y de tratamiento.

En la vanguardia del primer grupo se encuentran figuras como la de Laing (1967), Szasz (1961), Cooper (1967), Scheff (1966) y Goffman (1961). Todos ellos han generado el movimiento sociopolítico denominado Antipsiquiatría, el cambio básico que pretenden es la redefinición de la psicosis como una situación social-interpersonal, más que como una enfermedad médica, o incluso, necesariamente, como un problema perteneciente a la esfera de la psiquiatría. Esta corriente defiende la causa de las personas etiquetadas de esquizofrénicas.

(3) Feighner John et. al. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. Arch. Gen Psychiat., Vol. 26, pp. 59.

Heinz E. Lehman (1982), citado por Freedman y Kaplan, considera que también para algunos psicólogos experimentales, la esquizofrenia no es una enfermedad, sino, simplemente una construcción hipotética. Para muchos sociólogos, por otro lado, la esquizofrenia es una etiqueta conveniente para estigmatizar a la gente cuya conducta no conformista se ha hecho demasiado incómoda para el establishment (Lamert, 1951; Spiker y Denzin, 1968; Scheff, 1970).

Para Laing (1967), un episodio esquizofrénico puede ser, incluso, una liberación bien venida de los lazos de una familia destructiva o de una sociedad enferma; para Dabrowski (1964) es una "desintegración positiva".

Este enfoque de la Antipsiquiatría y quienes apoyan sus postulados han logrado de acuerdo a Loren Mosher (1982) -citado por Freedman-, que se de atención a los aspectos deshumanizadores de la hospitalización, el tratamiento, el etiquetado y la estigmatización han sensibilizado a muchos en lo referente a las consecuencias no deseadas del tratamiento de la locura. Ha contribuido además, al movimiento en pro de los derechos del paciente, también - ha ayudado a llevar a cabo una amplia reforma de las leyes de internamiento.

Su insistencia en las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal, por parte de esta corriente teórica, a partir de la aparición de la psicosis ha contribuido a crear un contexto más positivo para la consideración de la esquizofrenia. Han ahondado en las incongruencias y contradicciones inherentes al sistema de salud mental (el médico como confesor-carcelero), a la familia

(puedes ser independiente mientras sigas dependiendo de mí) y a la sociedad (hay que suprimir la violencia y la irracionalidad, pero no hay que poner en cuestión la guerra ni otras irracionalidades sociales). Esto ha abierto todo un campo de discusión y controversia psico-socio-política.

El segundo grupo que hemos considerado ha sido aquellos enfoques teóricos los cuales consideran que lo que se esquizofrenia es una enfermedad mental y como tal hay que tratarla. La contradicción de las teorías psiquiátricas estriba en que conciben a la esquizofrenia por un lado como una enfermedad causada por alteraciones bioquímicas, hereditarias ocasionadas por factores exógenos, y por otro lado la conciben como una dificultad para adaptarse al medio social que dio origen a la enfermedad, es decir, la familia. Esta contradicción resulta importante ya que pareciera que en cierta forma se acerca al primer grupo en su concepción de esquizofrenia, sin embargo son dos posiciones más bien extremas y lo que predomina son diagnósticos y tratamientos completamente distintos.

En el tercer grupo encontramos críticos como Don Jackson (1972), el cual considera que una alternativa para la objetiva diferenciación de pacientes esquizofrénicos sería la elaboración de pacientes esquizofrénicos sería la elaboración de técnicas o procedimientos explícitos para medir aspectos limitados del síndrome. Don Jackson cita los estudios de Degan, Wittenborn, Guertin, Lorr

y O'Connor informan "acerca de estudios analíticos factoriales de pacientes de hospitales neuropsiquiátricos, basados en una serie de breves escalas de evaluación de signos y síntomas, que procuran la información en que se fundan, por lo general los diagnósticos clínicos. Los resultados del último estudio son característicos de los que corresponden a los esquizofrénicos... Según este análisis, las variables descriptivas que definen la esquizofrenia son el retraimiento, la desorganización en la elaboración de conceptos, los trastornos de la percepción, la conducta motriz desviada, la proyección paranoide y el delirio megalomaniaco. (Con respecto al factor retraimiento, en un caso extremo se caracteriza por la indiferencia, taciturnidad, aislamiento, desaliño y un aspecto de infortunio). Si estos factores definidores coinciden con la definición clínica, los reactivos para la clasificación sistemática que subyacen en ellos proporcionan la medida explícita deseada permitiendo una amplia evaluación diagnóstica... En los estudios examinados, todos los factores se basaron en observaciones más o menos causales, sin utilizar los resultados de los tests psicológicos. Si se utilizara alguno de los sistemas de registro que se han creado para analizar las interacciones en pequeños grupos con el objeto de reunir datos básicos, probablemente se precisaría mejor la definición de las variables patológicas. Así, un análisis de los refuerzos sociales que se ofrecen a los esquizofrénicos podría ampliar en forma significativa el concepto de retraimiento, ya que parece razonable que los paranoides difieran de manera radical de algunos pacientes catatónicos y hebefrénicos". (4)

(4) Jackson D.D. (1972). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, p.p. 198-199.

El concepto de esquizofrenia esta a discusión a tal grado que de un País a otro varía, así psiquiatras de Estados Unidos y Gran Bretaña llevan a cabo un proyecto de investigación sobre la incidencia de la esquizofrenia en ambos Países, los Estados Unidos -- han venido señalando un incremento mayor, lo cual se ha atribuido a diferencias en el estilo, en el entrenamiento y precisión del diagnóstico (Lehman, 1982). El problema es tan grave que la Organización Mundial de la Salud en 1973 inició un proyecto de Investigación Internacional para lograr un consenso sobre criterios -- diagnósticos.

Don Jackson señala que quizás, al precisar la definición clínica de la esquizofrenia tan solo se logre disminuir la posibilidad de que se examinen callejones sin salida, pero a medida que se amplie la gama de observaciones y se incluyan los resultados de los procedimientos sistemáticos, será probable que surja una nueva definición de la esquizofrenia que oriente de modo significativo las investigaciones.

Heinz Lehman (1982), cita el cuestionamiento de una revista "The Lancet" en relación a el concepto de esquizofrenia: Si decenas de miles de millones de dólares se han gastado en una enfermedad que no existe, algo debe existir. Si no es así, ¿por qué se está gastando el dinero y por qué cientos de miles de pacientes se encuentran hospitalizados con el diagnóstico de esquizofrenia?

¿Cuál será el tratamiento y el pronóstico de una persona que sufre emocionalmente y que se etiqueta de "esquizofrénica"? Las luchas de poder en el campo de la salud mental han prevalecido,-

ya que existen de por medio factores económicos, sociales y políticos que están en juego, una actitud más abierta hacia lo que no se conoce con exactitud es muy sana, la investigación de otras ramas de la ciencia como la Sociología, la Antropología, la Sexualidad, la Comunicación, etc. permitiría una actitud distinta hacia lo que se denomina "Salud y Enfermedad mental", creemos que este es un continuo y consideramos que querer mantener una concepción unilateral y cerrada respecto al hombre y lo que le sucede en su vivir resulta caduco, y obedece a intereses de grupo, en donde lo que menos interesa es el bienestar de las personas.

1.5 RASGOS CLINICOS

Existen ciertos rasgos y síntomas que el paciente esquizofrénico presenta, así se destaca su extremo simbolismo en su conducta, ideación y lenguaje. También se caracterizan por su aislamiento social y por consiguiente su dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, generalmente se aduce que este aislamiento surge como una defensa, además de que se considera que son personas más sensibles que la persona media (Kolb, 1978).

Los síntomas que se presentan en las esquizofrenias comprenden:

Trastornos perceptivos.- Debido a la variabilidad impredecible de las experiencias esquizofrénicas, las cualidades gestálticas del mundo visual se rompen. Experiencias del tipo deja vu pueden introducirse y producir un sentimiento incómodo de familiaridad espuria.

El tiempo puede encontrarse vacío de cualquier estructura o significado y la experiencia de pasar el tiempo puede extenderse o, por el contrario contraerse. Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulos externos correspondientes son síntomas comunes de la esquizofrenia. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, las alucinaciones visuales son más raras, también las alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas son mucho menos comunes. Los esquizofrénicos experimentan a menudo alucinaciones cinestésicas, sensaciones de alteración de los órganos corporales. Las alucinaciones pueden absorber toda la atención del paciente o gran parte de ella lo que hace que se distancie de los demás.

Trastornos cognitivos.- Las ideas delirantes son ideas erróneas - que no es posible corregir por medio del razonamiento y que son ideosincrásicas para el paciente; es decir, no forman parte de su ambiente cultural. Las más comunes son las de persecución y de -- grandeza. En relación a los trastornos de pensamiento, el esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas de acuerdo con sus propias reglas lógicas intrincadas y privadas. Sus procesos mentales no conducen a conclusiones basadas en la realidad. Pierde capacidad para generalizar correctamente y sufre bloqueos abruptos del curso del pensamiento y a veces de toda actividad psíquica.

Alteraciones de la conducta verbal.- El pensamiento de un esquizofrénico se caracteriza por una concreción excesiva y el uso de -- simbolismo. Su lenguaje presenta incoherencias ya que más que un medio de comunicación es un medio de autoexpresión. Crea neologias

mos ante la falta de conceptos de lo que desea. El mutismo o inhibición funcional del lenguaje es común ya que se desea establecer el mínimo contacto con los demás. En sus relaciones interpersonales esta presente el lenguaje extraño o enfático, ocasionalmente presentan ecolalia, repitiendo en sus respuestas muchas de las palabras que el entrevistador ha utilizado.

Alteraciones conductuales.- Los cambios en la conducta de un esquizofrénico pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa. A nivel cuantitativo se observa una disminución de la energía y la espontaneidad, esto claro no ocurre en los estadios agudos. A nivel cualitativo la conducta es poco coordinada, imprevisible, excéntrica e inapropiada. Son síntomas típicos de las alteraciones de la conducta los manierismos en el lenguaje hablado o ademanes repetitivos, los estados estuporosos en los que el paciente en su inmovilidad se da cuenta de lo que ocurre sin poder dar respuesta aunque en ocasiones lo deseen. También son comunes el contraste entre la obediencia automática y el negativismo. La conducta se vuelve estereotipada aunado a deterioro en su vestir y sus modales ante los demás.

Alteraciones afectivas.- Los cambios cuantitativos consisten en una reducción de la intensidad de las respuestas emocionales. Otros esquizofrénicos parecen ser indiferentes o a veces totalmente apáticos. Una reacción emocional típica del esquizofrénico es una respuesta incongruente o inadecuada a las situaciones vitales, así hechos dolorosos pueden expresarlos con risa sin sentir tal afecto necesariamente. La esquizofrenia no sólo altera las reac--

ciones emocionales a los estímulos externos, sino que también puede inducir emociones y estado de ánimo extraños que en condiciones normales rara vez se experimentan o nunca, como sentimientos de omnipotencia, sentimientos oceánicos de formar un todo con el Universo, aprensiones terroríficas por la desintegración del Universo, es decir, de la propia personalidad. En relación a este -- síntoma los límites del Yo se pierden, es común que en etapas previas al brote psicótico existan ya sueños o experiencias de pérdida de identidad como Laing lo refiere. (Lehmann, 1982, citado por Freedman y Kaplan).

1.6 SINDROMES

Kraepelin distinguió y describió tres tipos básicos de demencia precoz: el catatónico, el hebefrénico y el paranoide. -- Bleuler añadió más tarde la esquizofrenia simple como cuarto tipo básico.

Catatonía. - La esquizofrenia catatónica se presenta en dos formas: la catatonía inhibida o estuporosa y la catatonía con excitación. El rasgo esencial de ambas formas es la acentuada anormalidad de la conducta motora.

Hebefrenia. - El tipo hebefrénico se caracteriza por una manifiesta regresión a una conducta primitiva, desinhibida y desorganizada. - Sus trastornos del pensamiento son intensos y su contacto con la realidad es extremadamente pobre. Su apariencia y conducta social están muy deterioradas.

Paranoide.- El tipo paranoide se caracteriza principalmente por la presencia de ideas delirantes de persecución o de grandeza. Los recursos de su Yo son mayores que los de los pacientes hebefrénicos y catatónicos, ya que generalmente se presenta en la edad adulta. Un paciente paranoide típico es suspicaz y reservado.

Simple.- El tipo simple de la esquizofrenia se presenta durante la pubertad o después de ella. El trastorno principal del paciente es una pérdida insidiosa y gradual de impulsos, interés, ambición e iniciativa. No tiene alucinaciones ni ideas delirantes; si se dan estos síntomas generalmente no persisten. Tiende al aislamiento y se vuelven superficiales en sus respuestas emocionales. (Kolb, 1978 Lehmann 1982).

Resulta paradójico que los rasgos clínicos antes expuestos no sean suficientes para definir lo que es la esquizofrenia, ya la teoría de la Gestalt con sus representantes alemanes Wertheimer, Kohler y Koffka, postulaban que las partes no son el todo. Los síntomas de la esquizofrenia tan utilizados por el enfoque médico de la enfermedad creemos que conforman sólo una dimensión de lo que sería la esquizofrenia. Cabría preguntar ¿por qué un individuo llega a presentar alucinaciones o delirios?, ¿Cuál es el medio ambiente que ha acompañado a esta persona?, ¿Qué es lo que dicen sus alucinaciones?. Los criterios diagnósticos que no explican el significado de la sintomatología, resultan parciales en su utilidad, ya que únicamente reducen lo que le sucede al paciente a sintomatología con caracter esquizofrénica. Los síndromes antes señalados son útiles para la investigación pero pierden su impor-

tancia cuando el tratamiento es únicamente farmacológico. Laing - en el Yo dividido se pregunta que es lo que el paciente nos pide, ¿qué lo comprendamos?. Para Laing esto no será posible mientras - el este loco y nosotros cuerdos, mientras se le juzgue con nues-- tras propias categorías de nuestro mundo, debemos reconocer, su - carácter distintivo, su diferencia, su separación, su soledad y - su desesperación.

C A P I T U L O 2

A U T O C O N C E P T O

CAPITULO 2 : AUTOCONCEPTO

En este capítulo intentamos integrar las teorías del Yo y del Sí mismo para definir el autoconcepto del paciente esquizofrénico. Debido a que el desarrollo del Yo del individuo va íntimamente ligado con la capacidad del sujeto de autodescribirse, se revisa el concepto del Yo desde su inicio en la Teoría Psicoanalítica hasta la sistematización por los teóricos de la Psicología del Yo. El supuesto de que el autoconcepto es una parte del yo, hace necesario revisar como alteraciones en el desarrollo del niño van definiendo la personalidad esquizofrénica.

En la segunda parte de este capítulo se trata el concepto del Self o del Sí mismo. Mencionamos como los teóricos del Self logran la diferenciación de este concepto con el del Yo, en la medida en que lo definen como: actitudes y sentimientos de una persona respecto a sí misma y como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. La necesidad de un modelo lo más acabado posible del autoconcepto nos permite citar a Morris - Rosenberg, el cual sintetiza a los teóricos del Yo y del Self y plantea un modelo de lo que es el autoconcepto. En esta parte también establecemos puntos de unión con lo que mide la escala de autoconcepto de W. Fitts.

En conclusión en el capítulo anterior se revisó en forma general la conceptualización de esquizofrenia, en este capítulo tratamos de aproximarnos a la definición del paciente esquizofrénico, a través del desarrollo del Yo y de su Autoconcepto.

2.1 TEORIAS DEL YO

En la obra *El Yo y el Ello*, (1923) Freud abandona el modelo topográfico y lo sustituye por el modelo estructural del aparato psíquico el cual distinguía tres distintas entidades de organizaciones: el Ello, el Yo y el Superyó.

La evolución del concepto de Yo en el marco del desarrollo - histórico de la teoría psicoanalítica corre paralela a los cambios de perspectiva de la teoría freudiana de los instintos. Rapaport (1951) divide en cuatro fases este desarrollo: La primera -- concluyó en 1897 y coincide con el desarrollo de las primeras formulaciones psicoanalíticas. La segunda fase va de 1897 a 1923, y comprende el desarrollo del psicoanálisis propiamente dicho. La tercera fase, de 1923 a 1937, contempla el desarrollo de la teoría freudiana del Yo. Por último, la cuarta fase vino tras la muerte de Freud en 1939, y comprende la aparición y desarrollo sistemático de una psicología general del Yo en la obra de Hartman, Kris, Rapaport y sus seguidores.

En el *Yo y el Ello*, Freud reconoce al hablar del inconsciente que: "todo lo reprimido es inconsciente, pero no todo lo inconsciente es reprimido. También una parte del yo, cuya amplitud es imposible fijar, puede ser inconsciente, y lo es seguramente".(5)

En su obra "compendio de psicoanálisis" (1940), Freud des--

(5) Freud Sigmund, (1923) *El Yo y el Ello*; Tomo III, Obras Completas. Tercera edición, Ed. Biblioteca Nueva, pp. 2704.

cribe las características principales del Yo: "El Yo gobierna la motilidad voluntaria, su tarea consiste en la autoconservación, y la realiza en doble sentido: 1) Frente al mundo exterior se percata de los estímulos, acumula (en la memoria) experiencia sobre -- los mismos, elude (por fuga) los que son demasiado intensos, enfrenta (por adaptación) los estímulos moderados y, por fin, apresta a modificar el mundo exterior, adecuándolo a su propia conveniencia (a través de la actividad).

2) Hacia el interior frente al ello, conquista el dominio sobre las exigencias de los instintos, decide si han de tener acceso a la satisfacción, aplazándola hasta las oportunidades y circunstancias más favorables del mundo exterior, o bien suprimiendo totalmente las excitaciones instintivas... El yo persigue el placer y trata de evitar el displacer. Responde con una señal de angustia a todo momento esperado y previsto de displacer, calificándose de peligro el motivo de dicho aumento, ya amenace desde el exterior o desde el interior.

Otra de las funciones del yo es satisfacer las exigencias provenientes del super-yo. Esta instancia psíquica se forma y perpetua por la influencia de los padres. Naturalmente, en la influencia parental no sólo actúa la índole personal de aquellos, sino también el efecto de las tradiciones familiares, raciales y populares que ellos perpetúan, así como las demandas del respectivo medio social que representan. De idéntica manera, en el curso de la evolución individual el super-yo incorpora aportes de sustitutos y sucesores ulteriores de los padres, como educadores, los perso-

najes ejemplares, los ideales venerados en la sociedad. Se advierte que, a pesar de todas las diferencias fundamentales, el ello - y el super-yo tienen una cosa en común: ambos representan las influencias del pasado; el ello las heredadas; el super-yo esencialmente las recibidas de los demás, mientras que el yo es determinado principalmente por las vivencias propias del individuo; es decir, por lo actual y accidental". (6)

En la cuarta fase planteada por Rapaport sobre el desarrollo del Yo, se logra la sistematización de la Psicología del Yo. Los trabajos sobre el Yo freudiano son culminados con la obra de Anna Freud en los mecanismos de defensa del Yo. La cuarta fase empieza con la obra de Hartmann sobre el Yo y la adaptación. Su obra se centra en la autonomía del Yo y el problema de la adaptación.

Meissner, Mack y Semred, citados por Kaplan, mencionan que - el estudio de los mecanismos de autonomía primaria sirvió de base a la doctrina de los fundamentos genéticos del yo y al desarrollo de la noción de maduración epigenética.

Uno de los principales seguidores de las ideas de Hartmann sobre la adaptación fue Erick Erickson quien retoma la importancia de la realidad exterior. La atención a la realidad se movió en -- dos importantes direcciones: en la primera Erickson considera la progresiva elaboración e integración de la personalidad en términos de la resolución de crisis vitales como un problema progresi-

(6) Freud Sigmund, (1940) Compendio de psicoanálisis; Tomo III, - Obras Completas. Tercera edición, ed. Biblioteca Nueva, pp. 3380-3381.

vo de adaptación y resolución de conflictos y crisis, las cuales se presentan desde el nacimiento hasta la muerte. Para Erikson, -no sólo el entorno humano en que se desarrolla el organismo y con el que interactúa, sino también los aspectos del entorno social y cultural, tienen una gran importancia en la perspectiva psicoanalítica.

En su obra *Infancia y Sociedad* (1950) Erickson une los aspectos del desarrollo del Yo con el programa epigenético de desarrollo de los instintos. Esta teoría epigenética del desarrollo del Yo describe las diversas tareas vitales adecuadas a la secuencia de las fases de desarrollo que comprenden el ciclo vital. El adecuado cumplimiento de estas tareas tiene importantes implicaciones en el desarrollo futuro.

La otra importante extensión del principio de adaptación tuvo lugar en la dirección de la teoría de las relaciones de objeto, su interés se centra en la relación entre el niño y las figuras -significativas que hay en su entorno inicial que dan una dirección decisiva al desarrollo de la personalidad, una de las principales exponentes de estas teorías es Margaret Mahler.

Mahler ha insistido en la crucial importancia para el desarrollo del Yo de la adecuada satisfacción de las necesidades libidinales del niño por la madre o su sustituto (crianza suficiente).

A la primera fase de unidad de la madre con el hijo, Mahler -citada por Guarner-, le ha denominado período autista normal o pre-simbótico. Bajo condiciones normales a los tres meses de --

edad del niño surge la etapa simbiótica. Hacia el final del primer año de vida se produce la fase de separación-individuación. - Este etapa resulta crucial en cuanto a la formación futura de las relaciones de objeto. La fase inicial de la individuación avanza en forma progresiva hacia la separación de los dos seres. Ello sucede paralelamente con la madurez y consolidación de algunas de las funciones autónomas del Yo como son: la locomoción, el lenguaje - y el pensamiento primitivo.

Según Margaret Mahler cuando la criatura permanece en una -- verdadera simbiosis por más tiempo del necesario, las repercusiones posteriores son la psicosis. Los traumas tempranos rompen el proceso de diferenciación en cuanto al concepto sobre uno mismo y la posibilidad de crear objetos internalizados. Los excesivos nexos con la madre dan lugar a una verdadera regresión hacia un nivel arcaico del desarrollo en el cual predomina la apatía. Sin embargo, los síntomas clínicos pueden no ser percibidos hasta que - el niño cumple los cuatro o cinco años de edad, o sea, durante la llamada fase fálica. La regresión que se observa se irá manifestando con episodios de agitación, cambios de disposición de ánimo o reacciones de pánico.

De acuerdo con Mahler el siguiente período del desarrollo ocurre a los 18 meses de edad en el cual las delimitaciones de las fronteras del Yo se estructuran sólidamente. A los dos años ya -- existe un dominio de la locomoción erguida y una creciente capacidad de tolerar períodos de separación de la madre, los cuales van ligados a un aumento de la ansiedad de separación y de un miedo a la pérdida de objeto.

El proceso por el cual se construye el mundo interior y se consolida la estructura del Yo se denomina proceso de interiorización. Este proceso aumenta la gama de funciones adaptativas del organismo y sus recursos para hacer frente a las tensiones ambientales. La interiorización incluye así los procesos por los que se estructura el mundo psíquico interior, como son la incorporación, introyección e identificación.

Dos analistas de la escuela psicoanalítica cultural e interpersonal que han fomentado los trabajos sobre la psicología del Yo son Karen Horney y Harry Stack Sullivan.

Patrick Mullahy, citado por Freedman y Kaplan, describe la posición de Harry Stack Sullivan en relación al Yo. Las obras de Sullivan sobre su trabajo con esquizofrénicos y su Teoría de las relaciones interpersonales influyó en Horney, Franz Alexander, Erickson y Fromm, los cuales aprendieron de él. El ego tradicional del psicoanálisis, por lo menos hasta 1920, es lo que Sullivan llamó el Yo Personificado aquel al que nos referimos cuando decimos yo, mí, yo mismo. El Yo personificado es un subsistema del Yo o del dinamismo del Yo. El Yo de Sullivan está en gran medida en la tradición de las formulaciones de William James en su obra Principios de Psicología. Si bien Sullivan no dió una definición formal del Yo, dedicó esfuerzos a su desarrollo y funciones. Para él el Yo no es sinónimo de Personalidad. Es decir la personalidad incluye no sólo el yo, sino también aquellas cosas que, en el curso del desarrollo, dejaron de ser significativas o tuvieron que ser excluidas de su conciencia en razón de su fuerza generadora de ansiedad.

La parte o conjunto de procesos que no pertenece al Yo se dice -- que está disociada, funcionalmente escindida del Yo y de toda experiencia vital significativa.

La personalidad es, según Sullivan, un esquema relativamente duradero de relaciones interpersonales recurrentes que caracterizan a la vida humana. El Yo puede ser descrito como la organización dinámica de la persona de esquemas relativamente duraderos y significativos que caracterizan a su vida. Así, la distinción entre personalidad y Yo se caracteriza principalmente por el grado con que las experiencias de uno son accesibles a la conciencia.

Los inicios del Yo se caracterizan por lo que se denomina -- Personificaciones del Yo. Víctor M. Alvarado en su investigación: "Aportaciones a la teoría de la Personalidad de Sullivan", señala que se llama personificaciones del Yo a los dinamismos que se presentan en los primeros años y que posteriormente evolucionarán -- hasta convertirse en parte de la personalidad del individuo. Estas personificaciones son: el yo-bueno, el yo-malo y el no-yo.

"El yo-bueno, en éste se organiza la experiencia en la que -- las satisfacciones han sido acrecentadas por recompensadores incrementos de ternura que llegan al bebé porque la madre se encuentra satisfecha del comportamiento de éste.

El yo-malo, en el se organiza la experiencia en la cual ciertas conductas del niño al no ser aceptadas por la madre, provocan en ésta reacciones de desaprobación que originan que el niño asocie ciertas conductas censuradas con la ansiedad.

El no-yo, en su personificación rudimentaria se origina de

la experiencia de una ansiedad intensa, éstas experiencias no se sabe que las provoca, son organizadas y persisten como símbolos - paratáxicos primitivos sin elaborar". (7)

Sullivan infirió la existencia de la personificación del "no-yo" de su observación de pacientes esquizofrénicos durante los períodos de regreso o reactivación de ciertos tipos de experiencia- que difícilmente progresaron más allá de la fase infantil.

Mullahy describe el sistema del Yo de Sullivan, quien afirma que hay ciertos indicios de que en la última fase de la lactancia el "buen-yo" y el "mal-yo" se fusionan o asimilan de forma rudimentaria en el dinamismo unitario del Yo o del sistema del Yo. Su objetivo o función está dirigido a poder vivir con las personas - significativas, evitando o minimizando los incidentes de ansiedad. A lo largo de la vida, la función del Yo es obtener la mayor aprobación posible de las personas significativas, evitando o minimizando la desaprobación, que suscita el desagradable sentimiento de ansiedad.

Al hablar de las distorsiones del sistema del Yo, Sullivan señala que en gran medida, las limitaciones de las personificaciones de los demás se basan en una inadecuada e insuficiente personificación de uno mismo. A consecuencia de experiencias pasadas - desafortunadas, la gente desarrolla, ideas, actitudes y creencias sobre sí mismos que difieren mucho de la imagen observada por un

(7) Alvarado Soto, Víctor M. Aportaciones a la Teoría de la Personalidad de Harry Stack Sullivan; Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1986, pp. 22.

experto. Estas visiones distorsionadas los impulsan hacia situaciones incongruentes e inadecuadas. Las personas sufren de ansiedad que impide la percepción clara y la conducta adecuada. En otras palabras, la ansiedad grave fomenta el mal uso de la atención selectiva y, en los casos extremos, produce una disociación.

Sullivan (1931, 1940) sostenía que era necesario comprender el lenguaje privado del paciente y ayudarlo a encontrar cada vez menos necesario el uso de las defensas y de las compensaciones.

Al igual que Sullivan uno de los terapeutas existencialistas que más han trabajado con personas esquizofrénicas ha sido R.D. - Laing (1960), quien subraya la división entre un Yo irreal y falso y un Yo verdadero, desinteresado y observador; el aislamiento y el hundimiento de la identidad personal son considerados como defensas contra sentimientos de ser engullido, aplastado o tratado como una cosa en lugar de como una persona (May Philip, 1982).

En su libro "El Yo dividido", Laing plantea que en la persona esquizofrénica la comunicación directa con otros, ha sido tragada a lo que él denomina "El Sistema del falso-Yo", sólo a través de este medio puede el Yo comunicarse con el mundo exterior compartido. De tal modo, lo que en primer lugar estaba destinado a ser una defensa o barrera para impedir la destructora intrusión en el Yo puede convertirse en los muros de una prisión de la que ya no puede escapar. Laing explica esto: "El yo interior sufre cambios, así se torna totalmente irreal o "fantasmático", dividido, muerto, se carga cada vez más de odio, miedo, envidia, y ya no es capaz de sustentar el precario sentido de su propia Identidad del que partió... Esto es agravado por el uso de aquellas nefastas de

fensas, por ejemplo, evitar ser identificado para preservar la -- identidad (la identidad se alcanza y sostiene bidimensionalmente, y requiere el reconocimiento de uno mismo por otros, así como el simple reconocimiento que uno se otorga a sí mismo); o el cultivo deliberado de un estado de muerte-en-vida como defensa contra el dolor de vivir... El apartamiento de la realidad da como resultado el empobrecimiento del "Yo". Su omnipotencia está basada en la -- impotencia . Su libertad opera en un vacío. Su actividad carece -- de vida. El Yo se vuelve disecado y muerto". (8)

Sullivan esta en contra de quienes piensan que el Yo del esquizofrénico es un Yo débil, ya que si bien existe una tremenda -- inseguridad, angustia en sus relaciones con los demás, existe una enorme capacidad de manejarse en situaciones adversas. Para Sulli van resulta más claro referirse a "la extrema pobreza de oportuni dades favorables de que ha gozado el esquizofrénico para organi-- zar un exitoso sistema del Yo porque, en las primeras fases de su vida, de algún modo se le inculcó la inexorable idea de que era -- relativamente infrahumano, es decir, una masa de defectos. Y duran te el desarrollo, a través de la etapa juvenil, hasta la preadole scencia, que es cuando más cerca de la felicidad y de la paz men tal con otra persona se encuentra mucha gente, frustró sus propias experiencias favorables, en parte porque carecía de experiencia fa vorable, y en parte porque ya había desarrollado factores de dis tanciamiento, etc."(9)

(8) Laing R.D. "El Yo dividido"; México, Ed. Fondo de Cultura Eco nómica, 1980, pp. 134 y 137.

(9) Sullivan H.S. "Estudios clínicos de Psiquiatría"; Buenos Aires Argentina, Ed. Psique, 1974, pp. 378.

2.2 TEORIAS DEL SELF

La problemática en torno al concepto psicoanalítico del self comienza explícitamente con Hartmann, cuando hace la distinción - entre el yo -como sistema psíquico- y el self -como concepto referido a uno mismo-. Hartmann afirma que el Yo, como concepto psicoanalítico, no es sinónimo de personalidad, ni de individuo y es algo más que la concientización del sentimiento de sí mismo (Grinberg y Grinberg, 1980).

Hall y Lindzey (1974), refieren que a fines del siglo pasado William James en su obra Principios de Psicología (1890) se muestra interesado por el concepto de sí mismo, en un sentido general lo define como "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos y aptitudes; sus posesiones materiales; su familia, sus amigos y enemigos, su vocación y ocupaciones, etc. James considera el sí mismo según tres aspectos: 1) Sus elementos constituyentes; 2) los sentimientos del sí mismo y 3) las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación de sí mismo".(10)

El término de sí mismo, según es empleado en psicología, posee dos significados distintos que lo definen: uno, como las actitudes y sentimientos de una persona respecto a sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. El primer significado constituye una definición

(10) Hall C. y Lindzey G. "La teoría del sí mismo y la Personalidad"; Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós, 1974. pp. 8.

del sí mismo como objeto, ya que denota las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de la persona acerca de sí misma considerada como un objeto; en tal sentido el sí mismo es lo que una persona piensa de sí. El segundo significado - constituye una definición del sí mismo como proceso; el sí mismo ejecutor, en el sentido de que consiste en un activo grupo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir. (Lindzey y Hall, 1974).

A continuación se exponen algunos teóricos de la Personalidad que incluyen ciertas consideraciones acerca del sí mismo, posteriormente se expondrán otros autores que han refinado este concepto, entre los cuales se encuentran Allport y Carl Rogers.

Saymonds en su libro el Yo y el sí mismo (1951) caracteriza cuatro aspectos del sí mismo: 1) cómo se percibe a sí misma la persona; 2) que piensa de sí misma; 3) cómo se evalúa y 4) cómo intenta, mediante diversas acciones, engrandecerse o defenderse. Un individuo puede conscientemente concebir una idea de sí mismo y ser opuesta a la que sustenta inconscientemente. Según Symonds, existe una considerable interacción entre el sí mismo y el Yo, los procesos eficaces del Yo favorecen la autoestima y la confianza en sí mismo.

Snygg y Combs consideran que el sí mismo fenoménico incluye todas aquellas partes del campo fenoménico que el individuo experimenta como integrantes o características de sí mismo. Para ellos el sí mismo es a un tiempo objeto y proceso.

Para Hilgard el significado del sí mismo es la propia imagen, para saber el autoconcepto o la autoimagen de la persona el plantea el sí mismo inferido, es decir el conocimiento a través de -- técnicas que investiguen aspectos inconscientes del individuo.

George Herbert Mead considera que al principio el sí mismo no existe, debido a que no es autoconciente, originalmente no se concibe como objeto. La relación de los demás hacia él como objeto le permite experimentarse como tal, de manera que el sí mismo de Mead sólo puede aparecer en un ámbito en el que exista comunicación social. El individuo deviene sí mismo en la medida que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de sí como actúan los demás (Hall y Lindzey, 1974).

Gordon Allport (1955) prefiere el término de "Proprium" en lugar de Self. El proprium consiste en aquellos aspectos de el individuo los cuales él observa o considera como de importancia central y los cuales contribuyen a una sensación de unidad interna.

Seymour Epstein de la Universidad de Massachusetts, en su artículo "La revisión del autoconcepto", describe los ocho atributos que Allport considera al proprium:

- a) Conciencia de un sí mismo corporal.
- b) Una sensación de continuidad sobre el tiempo.
- c) Aumento del ego, o una necesidad para la autoestima.
- d) Extensión del ego, o la identificación de el sí mismo más allá de los límites de el cuerpo.
- e) Procesos racionales, o la síntesis de necesidades internas con la realidad externa.

- f) Auto-imagen o la percepción personal y la evaluación de el mismo como un objeto de conocimiento.
- g) El sí mismo como conocedor o como agente ejecutador.
- h) Esfuerzo propio o la motivación para incrementar más que decrementar la tensión y para expandir la conciencia y buscar cambios.

En su obra : "Terapia Centrada en el Cliente", escrita en -- 1951, Carl Rogers explica su teoría y la refiere como fenomenológica, basada en el concepto de sí mismo como construcción explicativa. Otro de los constructos importantes es el de organismo, el cual se refiere a cualquier experiencia que suceda internamente - en el organismo la cual esta en potencia abierta a la conciencia en un determinado momento. A estas experiencias en el organismo - que pueden ser conscientes o no Rogers las denomina Campo fenoménico o experiencial. Este campo fenoménico constituye el marco de referencia individual y solo es conocido por la persona. El campo fenoménico se compone de experiencias conscientes (simbolizadas) e inconscientes (no-simbolizadas). La conciencia real y el conocimiento del campo total es limitado. El organismo reacciona ante - el campo tal como lo experimenta y lo percibe.

Una parte del campo fenoménico poco a poco se va diferenciando y se convierte en el sí mismo o autoconcepto. Rogers emplea el término de sí mismo (self) como la conciencia de ser o de funcionar. La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones que son admisibles en la conciencia. Este integrada por elementos tales como las percepciones de las propias característi

cas y capacidades; los perceptos y conceptos del sí mismo en relación con los demás y con el ambiente; las cualidades valiosas que se perciben asociadas con experiencias y objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas.

Hall y Lindzey (1974) consideran que la significación fundamental de los conceptos estructurales -organismo y sí mismo- para la teoría Rogeriana se manifiesta en su exposición de la congruencia y la incongruencia entre el sí mismo tal como es percibido y la experiencia real del organismo. Cuando las experiencias simbolizadas que constituyen el sí mismo reflejan fielmente las experiencias del organismo, entonces se dice que la persona está bien ajustada, ha alcanzado madurez y funciona por completo. Esta persona acepta la gama total de la experiencia orgánsmica sin temores ni ansiedades y es capaz de pensar de un modo realista. La incongruencia le hace sentirse al individuo amenazado y ansioso, por lo que se comporta defensivamente y su pensamiento se constriñe y se vuelve rígido.

Rogers retoma un supuesto teórico de Angyal y Maslow, ellos opinan que el organismo tiene una tendencia o impulso básico a actualizarse, mantener y desarrollar al organismo experienciante. - Rogers agrega un nuevo aspecto al concepto de desarrollo cuando advierte que la tendencia a progresar sólo puede operar en los casos en que las posibilidades han sido percibidas con claridad y simbolizadas adecuadamente. Nadie es capaz de realizarse si no es capaz de discriminar entre las formas de conducta progresivas y regresivas; no hay voz interior alguna que indique el camino del progreso ni necesidad orgánsmica que empuje hacia adelante. Para

Rogers sería un error suponer que el organismo evoluciona suavemente hacia la autorrealización y el crecimiento. Quizá sería más correcto decir que el organismo progresa a través de la lucha y el dolor hacia la valoración y el desarrollo.

En la teoría de Rogers la conducta es básicamente el esfuerzo intencional del organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como las percibe. Las necesidades se producen como tensiones fisiológicas las cuales se intenta reducir o satisfacer. Cuando el organismo lucha por satisfacer sus necesidades en el mundo tal como lo experimenta, la modalidad que asume la lucha debe ser compatible con el concepto de sí mismo.

Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas (Rogers, 1951).

2.3 DEFINICION DE AUTOCONCEPTO

A pesar de las recientes investigaciones y estudios, el término de "self" ha sido utilizado de distintas formas, que promueve la confusión en su conceptualización.

Sin embargo se ha distinguido claramente entre el "self" como sujeto o agente, ejecutador y el "self" como objeto de el propio conocimiento y evaluación de la persona. Esta característica es exclusiva del ser humano. El Self como objeto es lo que se entien

de por Autoconcepto, Morris Rosenberg (1979) lo define como la totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo como objeto.

El autoconcepto no es el "ego" de Freud, ya que como menciona Murphy (1974) y Allport (1955) el ego protege y aumenta el autoconcepto, pero no constituye el autoconcepto.

2.4 COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO

Rosenberg (1979) plantea que los componentes del autoconcepto son tres:

- 1.- El sí mismo existente.- Se refiere a como el individuo se ve a sí mismo
- 2.- El sí mismo deseado.- Es decir como le gustaría verse a sí mismo.
- 3.- El sí mismo presentado.- Corresponde a como muestra su sí mismo a otros.

2.4.1 El Sí mismo Existente

A continuación se describen las 4 áreas que integran el sí mismo existente del autoconcepto:

- A.- Las partes, que integran el Contenido del Autoconcepto.
- B.- La relación entre las partes, que conforman la Estructura
- C.- La descripción de las partes y el todo, denominadas Dimensiones del autoconcepto
- D.- Los límites del objeto o extensiones del ego.

A.- CONTENIDO DEL AUTOCONCEPTO.

Esto constituido por la Identidad social, las inclinaciones del sujeto y sus características físicas. La identidad social se refiere a las categorías que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo: raza, sexo, nombre, nacionalidad etc. Estas categorías sociales conforman una parte real de lo que el individuo siente que es. Esta clasificación social da valor al individuo o influye en su propio valor.

Es en la identidad social donde el "rol social ideal" adquiere importancia, ya que si el individuo no cumple con este rol ideal siente culpa y vergüenza. Los componentes del rol son actitudes, conductas, valores y normas (Rosenberg, 1979).

En el Test de Tennessee para Fitts (1965) la identidad social esta medida principalmente por el Yo social, dichos ítems reflejan los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las personas en general, esto en función de las categorías sociales mencionadas.

Flavell (1974), citado por Rosenberg, define las disposiciones como formas de responder, las cuales se logran en el individuo con el incremento de la madurez y el aprendizaje social, se ve a sí mismo una persona con ciertas tendencias a responder. Estas se pueden referir a actitudes, rasgos, valores, etc. Las disposiciones son sentidas como lo que verdaderamente somos sin embargo hay mayor seguridad en los elementos de la identidad social ya que estos son más definitivos y no cambiantes que los primeros.

El término de características físicas es el empleado por Ro-

senberg y no el de imagen corporal empleado por Paul Schilder, ya que Rosenberg pone mayor énfasis en el Yo físico como un objeto - perceptual. Fitts aborda el área del Yo físico en la Columna A - del Tennessee en donde el individuo presenta su visión de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

B.- ESTRUCTURA DEL AUTOCONCEPTO.

No puede entenderse la extensión del autoconcepto sino se - considera la relación entre sus componentes. Combs y Snygg (1959) mencionan que el fenómeno del yo (self) no es un mero conglomerado o la suma de conceptos aislados del yo, sino un patrón de interrelación o gestalt de todos aquellos. Para Rosenberg la estructura del autoconcepto comprende tres puntos principales:

- 1.- Los componentes del autoconcepto son de centralidad única en lo que concierne a la individualidad y están jerárquicamente organizados en un sistema de autovalores.
- 2.- El autoconcepto puede ser visto en dos niveles el específico y el global, y
- 3.- El autoconcepto primariamente consiste en un aspecto social - exterior y un interior psicológico.

Centralidad Psicológica.- Darse valor es un ejemplo exacto - de la importancia de la estructura del autoconcepto para la autoestima global del individuo. Generalmente suponemos que si alguien se respeta en aspectos concretos entonces lo hace a sí mismo en general. La significación de un componente particular depende de su localización en la estructura del autoconcepto si es central o periférico. En otras palabras la autoestima global de una persona - esta basada no solamente en la valoración de sus cualidades constitutivas sino en una valoración de las cualidades que cuentan para

la persona.

Autoconcepto Específico y Global.- Generalmente no existe un consenso entre las investigaciones de autoconcepto acerca de si es preferible centrar la atención en las partes o sobre el continuo global de autoactitudes. Sobre este punto se plantean dos campos: el primero señala que existe tal vez inconsistencia entre los componentes; un individuo siente orgullo por su clase social y vergüenza de su herencia étnica y el segundo campo se refiere a la variabilidad situacional en el autoconcepto, la persona siente -- autosatisfacción a veces y bajo ciertas condiciones autoinsatisfacción.

Un tercer aspecto de la estructura del autoconcepto es la -- conceptualización del sí mismo en términos de un exterior social y un interior psicológico. Como exterior social se considera un -- self visible el cual incluye características físicas, de identidad social, etc. Otros se inclinan a ver el sí mismo en términos de un interior psicológico, es decir, como un mundo privado, de -- emociones, actitudes, deseos y secretos.

C.- DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO

Una parte importante de la estructura cognitiva del individuo es su sistema de actitudes. Se puede considerar al autoconcepto como una de estas actitudes. Aún más, las actitudes hacia los objetos pueden ser caracterizadas en términos de un conjunto de -- dimensiones las cuales pueden ser aplicadas al sí mismo como objeto. Rosenberg considera que si se puede caracterizar al individuo en términos de las ocho dimensiones que a continuación se descri-

ben se tendrá una buena, aunque incompleta descripción del auto-concepto del individuo:

- a) Dirección.- si tiene una opinión favorable o desfavorable de sí mismo.
- b) Intensidad.- en que grado son favorables o desfavorables.
- c) Relevancia.- si el individuo esta conciente de lo que dice y hace o si esta envuelto en otras tareas o propósitos.
- d) Consistencia.- si los elementos de su autoimagen son consistentes o contradictorios.
- e) Estabilidad.- si las actitudes hacia sí mismo varían día a día, momento a momento o son estables y firmes.
- f) Claridad.- si tiene una imagen firme o vaga de sí mismo.
- g) Presición.- si su imagen es correcta o falsa.
- h) Verificable.- si los componentes de la imagen son posibles de confirmación objetiva.

D.- EXTENSIONES DEL EGO.

Cooley (1912) citado por Rosenberg llamó "apropiación" de objetos exteriores por el sí mismo, distinguía varias características: La primera es la experiencia subjetiva del mí o mío. La incorporación de elementos externos en el sí mismo es una experiencia totalmente subjetiva la cual puede variar de acuerdo a la edad por ejemplo; un amigo de la infancia puede constituir una parte íntima del sí mismo en una época, sin embargo puede ser una parte periférica del sí mismo en la adultez.

La segunda característica es la presencia de emociones de orgullo o vergüenza, estas emociones son solo referidas al sí mismo, ejemplo : puedo admirar a X artista pero no me siento orgulloso de él.

La tercera característica es el fenómeno de introyección en donde el sujeto se siente personalmente afectado por lo que sucede a las personas u objetos considerados como partes del sí mismo por ejemplo; el éxito de las personas u objetos introyectados aumenta la autoestima y el fracaso la disminuye.

Se considera que algunas extensiones del ego son más centrales al sí mismo y otras periféricas. Pocos objetos externos son considerados tan centrales al sí mismo como aquellos que representan el resultado de nuestros propios esfuerzos. Es en la infancia donde existe una mayor propensión para incorporar elementos externos en el sí mismo, ya que la distinción entre el "mí" y el "nosotros" resulta confusa.

2.4.2 EL SI MISMO DESEADO

A diferencia del sí mismo existente este es una fuerza motivacional y sirve de referencia para juzgar al autoconcepto existente. Se pueden distinguir tres componentes del autoconcepto deseado: Imagen ideal, imagen de compromiso e imagen moral (Rosenberg, 1979).

I.- IMAGEN IDEAL

El concepto fue introducido por Karen Horney (1945), ella señala que cuando las condiciones para el desarrollo del niño no son favorables él desarrolla una "ansiedad básica". El niño busca controlar este miedo intolerable, busca ganar seguridad dejando su sí mismo en otros. El crea una imagen de lo que a él le gustaría

ser, para Horney la idealización es una solución neurótica comprensiva para evitar la ansiedad, los sentimientos de devaluación, etc. Horney considera la naturaleza y consecuencia del proceso de idealización:

- a) El individuo se siente obligado, debe alcanzar mejores calificaciones, ser el más rico, etc.
- b) La idealización neurótica es indiscriminada. Aunque la mayoría de la gente quiere causar agrado, él lo desea con todos.
- c) La imagen tiene la cualidad de ser insaciable. Aún con todo el prestigio, dinero, amor, nunca es suficiente.
- d) Las reacciones neuróticas a la frustración son fuera de proporción de la ocasión.

Las consecuencias que esta preocupación de imagen ideal causa son: 1) Exceso de tensión por los altos estándares; 2) Una hipersensibilidad a la crítica; 3) Una extrema vulnerabilidad si no logra lo que se exige y 4) Odio hacia sí mismo.

Aunque Horney desarrolló esta teoría en neuróticos, la imagen ideal constituye un importante componente del autoconcepto en todos los individuos.

II.- IMAGEN DE COMPROMISO

Rosenberg la define como la imagen de sí mismo, de como le gustaría ser, es una imagen realista a la que el individuo se ha comprometido a alcanzar, mientras que la imagen idealizada es una imagen glorificada, triunfante, vanidosa. La imagen de compromiso puede ser alcanzada y brinda sentimientos de bienestar. Cuando la imagen idealizada domina los pensamientos del individuo es cuando

aparece la psicopatología.

III.- IMAGEN MORAL.

La imagen moral sería un conjunto de estándares, un sistema de debes y no debes. El contenido de este sistema deriva de la -indocctrinación social, particularmente de la ideosincracia. Rosenberg (1979) distingue tres aspectos de la imagen moral: la conciencia, las demandas del rol y las propias demandas de la ideosincracia.

a.- La conciencia o superego se constituye por las normas internalizadas, primariamente asociadas con las normas morales convencionales basadas en prohibiciones a la acción. Estas reglas son enseñadas y reforzadas por la familia, escuela, iglesia, etc. La violación de estas normas provoca culpa u odio a sí mismo.

b.- La estructura de demandas del rol es un conjunto de prescripciones asociados con la conducta requerida o prohibida al status implicado.

c.- Finalmente en el curso de la vida del individuo desarrolla un sistema de demandas personales e ideosincráticas que no son menos importantes que las demandas sociales. La significación especial de la imagen moral es que su violación es seguida por una censura y condenación al sí mismo, se experimenta vergüenza y culpa y estas dos fuerzas motivadoras de la conducta influyen directamente sobre la autoestima del individuo.

En la prueba de autoconcepto de Tennessee el Yo ético-moral esta incluido dentro del marco de referencia externo, mide relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y satisfacción con la religión o con la falta de ésta.

2.4.3 EL SÍ MISMO PRESENTADO

De acuerdo a Rosenberg los motivos del sí mismo presentado son relevantes ya que generalmente se presenta una imagen característica del individuo. Las razones para presentar cierto tipo de sí mismo son:

- 1) El cumplimiento de metas, objetivos y valores.
- 2) La consistencia de sí mismo y la autoestima.
- 3) La internalización de roles sociales.

Objetivos y metas.- El sí mismo presentado es el principal instrumento disponible para el cumplimiento de objetivos y metas personales que impliquen otra gente. Si alguien quiere conseguir un trabajo debe considerar como actuar para impresionar como buen candidato.

Si bien una de las metas del ser humano es la de ser aprobado socialmente en ocasiones este deseo de aprobación tendrá un fin puramente de logro de imagen sin ser un sentimiento relevante. Como James (1890) señaló; nosotros presentamos una parte de lo que somos a nuestra familia, otra a los amigos, etc.

Debido a esta variación en la conducta algunos teóricos han dudado que exista realmente algo como el autoconcepto. Sin embargo aunque el sí mismo presentado es mucho más variable que otros componentes del autoconcepto no significa que sea inestable o inconstante. Más o menos hay un sí mismo consistente que elegimos para presentarnos al mundo. Ciertas características nuestras se presentarán en una situación, otras en alguna otra, pero más o me

nos consistente. Generalmente queremos que otra gente piense de nosotros como cierto tipo de personas y hacemos esfuerzos para -- asegurarnos que lo hagan.

Por otro lado, en el marco de referencia interno del autoconcepto William Fitts señala tres mensajes primarios, los cuales están dados por los punteos positivos:

1) Esto es lo que yo soy, es decir el individuo describe su identidad básica, lo que él es, basado en como él se ve.

Esta área guarda relación con el sí mismo presentado de Rosenberg.

2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, por lo que soy, es decir la autosatisfacción. Esta segunda área esta relacionada -- con el autoconcepto deseado, es decir, como me siento de ser -- así, indudablemente la imagen no satisfactoria motiva la búsqueda de una imagen ideal, sin embargo esta área en la prueba investiga los sentimientos que se tiene hacia sí mismo.

3) Esto es lo que yo hago, es decir el comportamiento presentado. Este punteo en la prueba mide la percepción que el individuo -- tiene de su comportamiento y de la forma en que funciona.

2.5 RESUMEN Y CONCLUSIONES

Seymour Epstein (1973) resume las características que otros le -- han atribuido al Autoconcepto:

1.- Es un subsistema de consistencia interna de conceptos jerárquicamente organizados, contenido dentro de un sistema conceptual amplio.

- 2.- Contiene diferentes sí mismos empíricos, tales como un sí mismo espiritual, y un sí mismo social.
- 3.- Es una organización dinámica que cambia con la experiencia. - Parece buscar cambios y exhibir una tendencia a asimilar crecientes cantidades de información, con lo cual se manifiesta como un principio de crecimiento. Hilgard (1949) lo describe más como integrativo que integrado.
- 4.- Se desarrolla por medio de la experiencia particularmente por interacción social con lo que significan los otros.
- 5.- Es esencial para el funcionamiento de lo individual, con lo cual la organización del autoconcepto es mantenida. Cuando la organización del autoconcepto es amenazada, las experiencias individuales son de ansiedad, e intenta la defensa el mismo contra la amenaza. Si la defensa es inexitosa, se eleva el stress y es seguida al final por una total desorganización.
- 6.- Hay una necesidad básica de autoestima, relacionada con todos los aspectos del sistema del sí mismo y en comparación con -- otras necesidades casi todas están subordinadas.
- 7.- El autoconcepto tiene por último dos funciones básicas. Primero, organiza los datos de la experiencia, particularmente experiencia que implica interacción social, dentro de secuencias predecibles de acción y reacción. Segundo el autoconcepto facilita los intentos, para cubrir necesidades mientras -- evita desaprobación y ansiedad.

Para concluir el capítulo analizaremos los aspectos centrales que guiaron este apartado.

El surgimiento del concepto del Yo en el enfoque psicoanalítico motivó el estudio y desarrollo de las teorías del yo. El concepto ha ido cambiando de acuerdo a la filosofía explicativa del hombre y su personalidad, algunos teóricos de la personalidad como: Allport, Rogers, James, Sullivan, Laing, etc., están de acuerdo en la existencia de un yo real o verdadero. Karen Horney define el yo real como una fuerza motriz de un sistema integrador que impulsa y modifica al organismo en las expresiones duraderas de su propia naturaleza.

Posteriormente los teóricos de la Psicología del yo y del Psicoanálisis culturalista plantearon el concepto de "Sí-mismo" ó "Self", del cual derivó el de autoconcepto.

Las investigaciones aplicadas a través de los instrumentos de medición han tratado de medir lo que se denomina autoconcepto, estudiando los componentes del mismo. Creo que existen valiosas contribuciones teóricas, en esta área de la personalidad, sin embargo hacen falta instrumentos de evaluación válidos y confiables que midan directamente el autoconcepto en distintos sujetos y en condiciones experimentales diferentes.

La investigación del autoconcepto permitirá una mayor claridad en la terminología empleada en su conceptualización, ya que se ha visto que entre los teóricos las diferencias son más en la terminología que utilizan que en el contenido teórico que sustentan.

En este capítulo mencione las valiosas contribuciones de -- Freud y William James, el primero como iniciador de el concepto - del yo y el segundo del concepto de sí-mismo, además de teóricos que trabajaron directamente con pacientes esquizofrénicos como -- Sullivan, Rogers, Laing, y otros, los cuales resaltan la importancia de la autoestima y el autoconcepto en general para el adecuado tratamiento a estos pacientes.

Considero que la contribución de W. Fitts radica en la construcción de un instrumento de medición accesible a la investigación e interesante en su diseño estadístico.

Por último menciono a Rosenberg Morris el cual sintetiza a - los distintos teóricos del autoconcepto y desarrolla investigaciones en diversas poblaciones sobre esta misma línea.

C A P I T U L O 3

A G E N T E S

N E U R O L E P T I C O S

CAPITULO 3 : AGENTES NEUROLEPTICOS

En la actualidad se hace imprescindible para el trabajo clínico del psicólogo el conocimiento de los psicofármacos y sus efectos en la conducta. En las últimas décadas el trabajo clínico ha sido invadido por una gran cantidad de fármacos, los cuáles han demostrado su importancia y su efectividad en la terapéutica a personas con problemas emocionales severos. Frecuentemente las fórmulas químicas son las mismas y lo diferente es el nombre comercial, existen también aquellos que resultan caducos o costosos, lo cuál exige un conocimiento preciso de la variedad de fármacos, así como su empleo clínico.

El trabajo del Psicólogo clínico se define actualmente en relación con un grupo interdisciplinario de trabajo; psiquiatra, trabajadora social, enfermera, personal de intendencia, etc...

El campo de la psicofarmacología no es un campo único del psiquiatra o el paidopsiquiatra, es un campo que concierne al equipo interdisciplinario. La prescripción de medicamentos es una responsabilidad del psiquiatra, la correcta prescripción, el estado de salud del paciente es una responsabilidad del psicólogo y del grupo de trabajo.

3.1 CLASIFICACION

Los neurolépticos son las drogas psicotrópicas que abren la era de la psicofarmacología moderna. Pichot (1974) menciona --

que el prototipo de neuroléptico es la clorpromozina, cuya síntesis data desde 1950. Desde esta fecha han sido fabricados numerosos compuestos que tienen igualmente propiedades neurolépticas pero que varían en cuanto a la intensidad y a las particularidades de acción. De manera general el término de neuroléptico propuesto por Jean Delay en 1955, define una clase de drogas activas, en primer lugar en las afecciones esquizofrénicas y delirantes, y que provocan, a título de efectos secundarios, síntomas extrapiramidales de intensidad variable.

En Bélgica Collard (1974), ha estudiado las clasificaciones de los neurolépticos, él cita a Lambert (1959) quien realizó la primera clasificación, él la denominó "bipolar", en esta clasificación dividía a los neurolépticos según su efecto sedativo o incisivo. Perez-Rincón (1979) explica que esta clasificación de utilidad práctica se basa en que unos actúan más sobre las alucinaciones y delirios (los incisivos) y otros que actúan más bien dando la agitación y por eso se les llama sedativos. Estos últimos son menos parkinsonizantes por el hecho de que tienen menor utilidad frente a los síntomas productivos de la psicosis. En la práctica clínica el psiquiatra combina en diferente proporción los neurolépticos de ambos grupos de acuerdo a las necesidades del paciente y al nivel de evolución de la terapia.

La segunda clasificación es la de Pichot (1960), la cual es un modelo factorial tridimensional con tres ejes independientes: 1) Ilusión- alucinación; 2) Apatía y 3) Ansiedad. No considera la manía ni los efectos colaterales.

La tercera clasificación fue presentada por Delay y Deniker en (1961), ellos consideraban relevante los efectos colaterales

más que los efectos terapéuticos. A este respecto Perez-Rincón señala que la capacidad de producir un cuadro de parkinsonismo medicamentoso (el llamado síndrome neuroléptico) esta en relación con el efecto propiamente antipsicótico de este grupo de fármacos. Así un neuroléptico es tanto más antipsicótico cuanto más parkinsonizante es. Esta rigidez de movimientos producida médicamente es conocida como "camisa de fuerza química".

En el IV Congreso Mundial de Psiquiatría en Madrid (1966), Jean Bobon, Pichard y Collard, presentaron la primera versión de lo que denominaron "estrellas"; una representación gráfica de los principales neurolépticos conocidos en este tiempo. En esta versión tenían solo tres parámetros terapéuticos; sedativo, incisivo y antimaniaco. Estos parámetros eran cuantificados de acuerdo a su efecto clínico, es decir por la severidad del síntoma, la escala utilizada presentaba rangos de 0 (no efecto) hasta 5 (efecto muy potente), además se consideraban las dosis diarias en mg. para un adulto de 70 Kg., el cual presentará un psicosis aguda. Nuevamente el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Liege en Bélgica a través de Jean Bobon presentó en el V Congreso de Psiquiatría en México una versión modificada de su clasificación. En esta versión modifico el efecto sedativo el cual no era específico por el Ataraxico (AT). El segundo parámetro el antimaniaco (AM) el cual no se refiere al patrón conductual de agitación, el cual no especifica la manía, se refiere más bien al desorden afectivo expresado. El tercer parámetro el antiaustístico (AA), el cual es nuevo en la fisonomía o clasificación. Se refiere a un efecto antagónico sobre el autismo o el aislamiento esquizofrénico.

El efecto "incisivo" fue convertido en antidilusional, este cuarto parámetro se refiere a las ilusiones y alucinaciones. El quinto tipo de efecto es el Extrapiramidal (EP), el cual es preferible al de parkinsoniano. El último efecto es el adrenolítico (AL).

Para Pichot (1974) en el plano químico, si se elimina a la reserpina y sus derivados, actualmente poco empleados en la psiquiatría los neurolepticos pertenecen a dos familias químicas principales y algunas familias accesorias:

1.- Los derivados de la fenotiazina, aquí se distinguen tres grupos en función de su constitución:

--las fenotiazinas de cadena lateral lineal.

--las fenotiazinas piperazínicas, en donde se encuentra la flufenazina decanoato, y el palmitato de pipotiazina.

--las fenotiazinas piperídínicas.

2.- Las butirofenonas como el haloperidol (decanoato). Estructuralmente parecidas están las difenilbutilpiperidinas como el pimozide.

El subgrupo de las piperazinas según Collard tiene un mejor efecto antimaniaco, antiautístico y antidilusional.

Las butirofenonas tienen un vasto rango de propiedades; antidilusional, especialmente alucinotico (haloperidol), antiautístico y antimaniaco.

Según Bobon 1972, citado por Collard, los neurolepticos de larga acción han ido desarrollándose debido a dos razones:

a) La acción prolongada tal vez sea debida a sus propiedades fisicoquímicas de los neurolepticos en si mismos, por ejemplo las difenilbutilpiperidinas, cuyo precursor el pimozide tiene un efecto

de duración de uno a dos días.

b) La prolongada duración debida a los acidos grasos que contienen.

3.2 ACCIONES CLINICAS

Las principales acciones clínicas de los neurolépticos pueden resumirse en los tres siguientes:

A.- La acción sobre los síntomas esquizofrénicos y delirantes, a menudo denominada acción antipsicótica. Se considera que hay ciertos neurolépticos que tienen una mayor capacidad antialucinatoria como el haloperidol. De una manera general, la acción es mejor en las formas paranoides y en los delirios crónicos que en las formas hebefrénicas y simples.

B.- La acción sobre los estados de excitación, y en particular sobre la excitación maniaca. La acción se extiende sobre todos los estados psicóticos agudos que se situan en el cuadro delirante (esquizofrenia aguda) o en la manía. Esta acción varía también de acuerdo a las drogas. Ya se ha hecho tradicional la oposición entre los neurolépticos sedativos, en los cuales esta acción sería máxima, y los neurolépticos "estimulantes o deshinibidores", donde dicha acción sería nula. Los primeros estarían indicados en los estados de excitación, los segundos en las esquizofrenias con repliegue afectivo de tipo hebefrénico o simple.

C.- La acción sedativa, debe distinguirse de la acción antiexcitante. Ciertos neurolépticos como la levopromazina y las fenotiazinas piperidínicas son, a dosis sedativas, ansiolíticas y eventualmente inductores del sueño. Pero es necesario saber que muchos otros neurolépticos a pequeñas dosis tienen una acción análoga, como el haloperidol y la clorpromazina. (Pichot 1974).

Pierre Pichot subraya tres principales problemas que presentan las indicaciones clínicas de los neurolépticos: el de su acción antidepresiva, el de sus efectos secundarios y el de las drogas de acción prolongada.

1. La existencia de la acción antidepresiva de ciertos neurolépticos fue observada desde el descubrimiento de estas drogas. Es probable que la pretendida acción antidepresiva de los neurolépticos corresponda simplemente a su acción sedativa contra la ansiedad en el cuadro del síndrome depresivo.

2. Para Ross Baldessarini 1981, los efectos secundarios más comunes de los agentes neurolépticos son los que afectan el movimiento y la postura. Varios síndromes extrapiramidales discretos se relacionan con el empleo de agentes neurolépticos; estos incluyen: a. Distonías agudas; b. Parkinsonismo; c. Inquietud motora (acatisia); d. Diskinesia tardía y e. Diskinesias por suspensión y catatonía.

3. Los neurolépticos se eliminan lentamente, sin embargo, el mantenimiento de una concentración activa exige su administración cotidiana. Se ha comprobado que muchas recaídas esquizofrénicas y delirantes están ligadas a la interrupción del tratamiento por el paciente debido a los efectos secundarios desagradables. Los neurolépticos de acción prolongada han sido utilizados desde -- 1964, estos productos se aplican en inyecciones con espacio de dos, tres y cuatro semanas. En la práctica, las drogas a disposición son los derivados de la flufenazina (enantato y decanoato), de la pipotiazina (éster palmítico y éster undecilénico) y del haloperidol (decanoato).

3.3 EMPLEO CLINICO (Selección de la droga)

"Una de las tareas más difíciles para el psiquiatra es escoger - dentro de la diversidad desconcertante de compuestos antipsicóticos actualmente al alcance, una ayuda que simplifica el problema es que muchos de estos medicamentos son similares en sus acciones principales... Los datos disponibles por ensayos clínicos controlados de muchos medicamentos no permiten todavía la selección racional de una clase de agentes y mucho menos un medicamento en particular para un tipo específico de paciente psicótico, ni existe una base racional para combinar diferentes agentes antipsicóticos. Por otra parte, es sensato ensayar diversos agentes en forma seriada, en dosis adecuadas y en aumento, e incluso administrar por inyección y seguir dándolos por períodos de varios meses, de manera que el paciente que al principio reaccione en forma deficiente pueda tener el beneficio de cualquier duda... Debido a que hay claras diferencias en la incidencia de los efectos secundarios, según las diversas clases de agentes antipsicóticos, la selección de un medicamento puede hacerse racionalmente basándose en los efectos secundarios predichos... La selección de dosis apropiadas puede guiarse por los parámetros establecidos de dosis terapéuticamente equivalentes de los agentes antipsicóticos"⁽¹¹⁾

Para Baldessarini los síntomas que generalmente se benefician uniformemente con el uso de medicamentos antipsicóticos incluyen: conestividad, tensión, hiperactividad, hostilidad, negativismo, alucinaciones, delirios agudos, insomnio, cuidado de sí mismo deficiente, anorexia y a veces retraimiento, mientras que es menos

(11) Baldessarini, J. Ross, (1951). La quimioterapia en psiquiatría, Primera edición, Ed. Fondo de Cultura económica. pp. 32-41-42-45.

probable la mejoría del discernimiento, el juicio, la memoria y la orientación. Además del grado de agudeza y la excitación muchos otros indicadores permiten predecir una reacción favorable a los medicamentos antipsicóticos, lo que implicaría un pronóstico favorable; éstos incluyen falta de una iniciación insidiosa y prolongada o de una historia crónica; antecedentes de ajuste premórbido relativamente sano y logros en el campo social, educativo y profesional; crisis actual como primer manifestación psicótica y reacciones favorables anteriores a medicamentos similares o a otros tratamientos físicos.

La capacidad de los medicamentos antipsicóticos de interrumpir características específicas de las enfermedades psicóticas, incluyendo delirios y alucinaciones, a menudo con una desaparición gradual del trastorno del pensamiento favorece el abandono de los términos "tranquilizante y tranquilizante mayor".

En relación a el nombre de estos agentes farmacológicos Baldessarini consiera:

"Aunque se ha sugerido que se les llame **agentes antipsicóticos**, este término no representaría correctamente el hecho de que los medicamentos antipsicóticos son muy inespecíficos en su efecto sobre cierto número de enfermedades psiquiátricas graves, incluyendo esquizofrenia, manía, depresión psicótica con agitación, trastornos paranoides, psicosis involutivas y seniles, reacciones psicóticas a las anfetaminas e incluso algunos aspectos de la demencia orgánica y de los síndromes cerebrales agudos. Además, los efectos antipsicóticos se observan más fácilmente en casos agudos y floridos de excitación psicótica

con ansiedad y agitación considerables. Es posible que los efectos sobre el pensamiento y la conducta social sean secundarios a la reeducación de estos aspectos del efecto psicótico. La consideración clínica principal es la de que las **psicosis** no deberían tratarse con sedantes (excepto para sedación rápida en casos de urgencia) ni con agentes ansiolíticos ni se deben usar comúnmente los agentes antipsicóticos para tratar la ansiedad." (12)

Pierre Fichot llega a la conclusión que las drogas han demostrado su eficacia y que en la actualidad diversos pacientes se benefician de otros tratamientos conjuntos como son los métodos psicoterapéuticos y socioterapéuticos. Los progresos de la quimioterapia en los últimos treinta años han sido enormes y los avances están lejos de acabarse.

(12) Baldessarini J. Ross, (1981), La quimioterapia en psiquiatría, Primera edición, Ed. Fondo de Cultura económica. pp.46-47.

C A P I T U L O 4

P S I C O T E R A P I A

CAPITULO 4 : PSICOTERAPIA

En esta investigación nos proponemos observar que cambios se dan en el autoconcepto cuando el paciente es tratado con neurofármacos de acción prolongada, para lo cual hemos revisado las variables del autoconcepto y psicofármacos. Incluimos un amplio capítulo sobre Psicoterapia, ya que es nuestro planteamiento alternativo para el tratamiento con esquizofrénicos y su efecto directo en el autoconcepto.

A través de este estudio sostenemos que para trabajar con pacientes esquizofrénicos se necesita una concepción del hombre como un ser bio-psico-social, lo cual exige tratamientos que tengan en cuenta los factores múltiples que determinan la conducta del ser humano.

En este capítulo describimos como la psicoterapia surge del enfoque psicoanalítico Freudiano, se plantea el concepto de psicoterapia y algunos de sus principales exponentes. La parte fundamental de este capítulo es el tratamiento a esquizofrénicos, en donde señalamos los hallazgos y limitaciones de los tratamientos psicoanalítico, psicoterapéutico y farmacológico.

Cuando hacemos referencia de la necesidad de tratamientos integrales para el trabajo con esquizofrénicos nos referimos además de la psicoterapia y farmacoterapia, aquellas disciplinas de la ciencia que permitan una mejor comprensión del paciente.

En este estudio no se analizan los tratamientos con familias de esquizofrénicos, ni las posibilidades del trabajo comunitario

con estos pacientes, sin embargo se tienen presentes como tratamientos importantes que incluyen un enfoque más social del individuo.

Iniciamos este capítulo teniendo como base que el trabajo -- psicoterapéutico permite que el paciente tenga una mejor comprensión y autoconocimiento de sí mismo. Consideramos la psicoterapia como una técnica que puede contribuir en forma directa a mejorar la autoestima del paciente.

4.1 CONTEXTO HISTORICO DE LA PSICOTERAPIA

Wallerstein (1972), señala que la Psicología dinámica y las psicoterapias modernas derivan sin duda de la psicología científica creada por Freud.

Inicialmente, a este método terapéutico Breuer lo llamó -- "catártico", posteriormente Freud lo desarrolla hasta convertirlo en Psicoterapia analítica o Psicoterapia.

En relación al método psicoterapéutico Freud rectifica algunos errores:

- a) El método es confundido con el tratamiento de sugestión hipnótica. La sugestión no se preocupa por el origen y el sentido -- de los síntomas patológicos, sino que les sobrepone la suges-- tión para impedir la exteriorización de la idea patógena. En -- cambio la terapia analítica se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena --

que se propone desaparecer. La sugestión no permite el análisis de la resistencia, con la cual se aferran los enfermos a su enfermedad y se rebelan contra la curación.

b) Es muy difundido un error de creer que tanto la técnica analítica como la supresión de síntomas son cosas fáciles.

c) El tratamiento analítico plantea grandes exigencias, tanto al enfermo como al médico. Para el enfermo se hace demasiado largo y, en consecuencia, muy costoso, aparte del sacrificio que ha de suponer comunicar con plena sinceridad cosas que preferiría silenciar. Para el médico a más de la prolongada labor que ha de dedicar a cada paciente, resulta difícil, por la técnica que tiene que aprender.

d) Los pacientes que pueden beneficiarse principalmente con esta técnica son aquellos que acuden voluntariamente y no por imposición, que la edad sea menor de 50 años, ya que mayores de esta edad, pierden plasticidad de los procesos anímicos y esto prolongaría el análisis, el método también está contraindicado para casos de psicosis y los estados de confusión mental y de melancolía profunda (tóxica).

e) La aplicación del tratamiento analítico aplicada por un especialista no resulta dañina sino muy beneficiosa.

Para Glover (1931) las psicoterapias no analíticas se fundan en elementos (que incluso pueden incluir interpretaciones de conflictos inconscientes) que no se analizan en forma total hasta sus raíces genético dinámicas y, por tanto se basan en la fuerte autoridad transferencial del terapeuta.

Waelder (1960) concibe el Psicoanálisis como una psicoterapia exploratoria porque explora el inconsciente y lo hace consciente para el paciente, hace la distinción con lo que llama Psicoterapia educativa la cual busca una mejor adaptación del individuo en el mundo exterior, mediante consejos, sugerencias, orientaciones, reeducación, terapia ocupacional, vida comunitaria y otros medios.

Singer (1984) considera que el proceso terapéutico llamese analítico o no se encuentra unido a la concepción de bienestar humano o de salud mental, el proceso entonces depende de lo que el terapeuta considere como la meta última del ser humano.

Waelder (1960) concibe el Psicoanálisis como una psicoterapia exploratoria porque explora el inconsciente y lo hace consciente para el paciente, hace la distinción con lo que llama Psicoterapia educativa la cual busca una mejor adaptación del individuo en el mundo exterior, mediante consejos, sugerencias, orientaciones, reeducación, terapia ocupacional, vida comunitaria y otros medios.

Singer (1984) considera que el proceso terapéutico llamese analítico o no se encuentra unido a la concepción de bienestar humano o de salud mental, el proceso entonces depende de lo que el terapeuta considere como la meta última del ser humano.

4.2 DEFINICION DE PSICOTERAPIA

Wolberg la define como "una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la Personalidad". (13)

Respecto a la definición anterior el mismo autor explica: 1) que los problemas humanos se manifiestan en distorsiones del psiquismo individual, somáticos y de la vida interpersonal y comunal; 2) El tratamiento de un problema emocional requiere un alto grado de capacidad que puede ser adquirido solamente a través de un entrenamiento especializado; 3) el terapeuta establece una relación profesional, así la esencia del proceso terapéutico deliberadamente es planeada y alimentada por el terapeuta; 4) el objetivo primario en la terapia es eliminar el sufrimiento del paciente, así como retirar las dificultades impuestas por los síntomas; 5) en ocasiones el deseo de alivio es impedido debido a: Motivación inadecuada, disminución de la fuerza del yo, limitaciones en el tiempo o en el aspecto económico del paciente, esto provoca que la ayuda solo sea una modificación más que una cura de los síntomas; y 6) la psicoterapia aspira a dar una resolución a los bloqueos del desarrollo psicosocial, con el objeto de que el sujeto pueda aspirar a una autorrealización creativa más completa, a promover actitudes más productivas hacia la vida y relaciones más gratificantes con la gente.

(13) Wolberg, L.R. (1967). The technique of psychotherapy 2nd. ed. New York, Grune and Stratton, pp. 15.

Existen varias definiciones de lo que se entiende por Psicoterapia, así es observable como los psicoanalistas deferencian el psicoanálisis de la psicoterapia sobre la base de que el psicoanálisis trata el material inconsciente y la psicoterapia el material consciente, así enfatizan que aquello que no sea psicoanálisis freudiano es Psicoterapia.

Por otro lado Singer (1964) ha observado "que todas las escuelas de psicoterapia que pretenden ser fieles a lo que se denomina Psicología dinámica mantienen fundamentalmente que la falta o evitación del autoconocimiento es el meollo de la psicopatología. Los conflictos emocionales de una persona reflejan las discrepancias entre los valores que profesa y los que en efecto acepta, ya sea de forma dissociada o inconsciente. Las psicologías dinámicas mantienen que es posible e imperativo para el hombre que establezca contacto con sus actitudes (basadas en los valores) aún cuando ese conocimiento lleve consigo el malestar. Sostienen que el desarrollo de tal autococonocimiento constituye la base para la realización personal. Al aceptar esta posición, las psicologías dinámicas adoptan una postura ética insistiendo en que es mejor saber que vivir en la ignorancia:(14)

4.3 MODELOS PSICOANALITICOS DE PSICOTERAPIA

Desde los comienzos del psicoanálisis se desarrolló la psicología dinámica y la psicoterapia dinámica, esta última representada por Alexander y French, Fromm-Reichmann y Szurek. Gedo E. (1964) diferencia las terapias para el tratamiento de las crisis actuales en el desarrollo y para el tratamiento de las secuelas tardías de una detención o una distorsión en el desarrollo. En el primer grupo

(14) Singer Erwin. (1964), Conceptos fundamentales de psicoterapia Ed. Fondo de cultura económica, pp. 34-35.

el terapeuta entra en la vida del paciente como una figura de la realidad que proporciona una relación esencial, adecuada a la edad, basada en la alianza terapéutica y enfrentada con la irracionalidad transferencial. En el otro grupo Gedo sitúa a todas las otras terapias que tratan en el presente las secuelas (más o menos tardías) de las resoluciones desfavorables de las crisis del pasado (infancia).

Una de las representantes de la Psicoterapia psicoanalítica es sin duda Frieda Fromm-Reichman, la cual en su trabajo "Psicoanálisis y psicoterapia" (1954) formula las bases teóricas del psicoanálisis y la modificación de dichas bases de acuerdo a la escuela interpersonal de Sullivan. En el trabajo realizado con pacientes hospitalizados esquizofrénicos que trató en el Chestnut Lodge Sanitarium, puso en tela de juicio dos importantes argumentos que habían impedido el desarrollo de un enfoque terapéutico del esquizofrénico:

- 1) El concepto psicoanalítico de que sus manifestaciones mentales carecían de sentido y no podían comprenderse y
- 2) el concepto analítico (originado en el trabajo de Freud sobre el narcisismo, con su formulación de origen narcisista y el carácter regresivo del trastorno esquizofrénico) de que era imposible establecer una relación transferencial eficaz con el esquizofrénico.

4.4 OTROS MODELOS DE PSICOTERAPIA

El psicoanálisis de ningún modo abarca todo el campo de la psicoterapia. Dentro de la psicología, la teoría de la personalidad y el sistema terapéutico identificado con Carl Rogers y que ha recibido el nombre de terapia "no directiva" o "centrada en el cliente", ofrece una vigorosa competencia ideológica. En los últimos años

este sistema se ha fusionado con la corriente fenomenológica, lo que le ha permitido dar expresión a dimensiones de la experiencia humana que la terapia analítica excluye en forma sistemática debido a sus supuestas explicaciones mecanicistas (biológicas) y a su metapsicología abstracta, alejada del aquí y del ahora de los estados afectivos immanentes.

En el libro denominado "Sistemas de Psicoterapia" de Ford y Urban (1964), se intenta construir un marco conceptual común, dentro del cual se proponen evaluar en forma comparativa diez puntos de vista principales y muy contrastantes sobre psicoterapia. Dos de esos diez son clásicamente analíticos, el psicoanálisis mismo y lo que llaman "modificaciones en psicoanálisis"; los analistas del yo, entre los que se encuentran sobre todo Hartmann y Rapaport, pero también a Erickson, Anna Freud, Loewenstein, etc. Cuatro de esos diez puntos de vista derivan de diversa manera del análisis o las creaciones de los analistas; la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan, el análisis del carácter de Horney, las terapias de la voluntad de Rank y el sistema subjetivo de psicología individual de Adler. Y otros cuatro son no analíticos; la teoría del aprendizaje, identificada con Dollard y Miller, el análisis existencial, la terapia centrada en el cliente de Rogers y la psicoterapia de la inhibición recíproca de Wolpe.

Wolberg (1967) considera básicamente tres tipos de tratamiento psicológico: 1) Terapia de apoyo; 2) Terapia de insight con metas reeducativas y 3) Terapia de insight con metas reconstructivas.

Los objetivos que se persiguen en estos tratamientos son los siguientes: para el primer tipo se busca el reforzamiento de las de-

fensas existentes, elaboración de mecanismos nuevos y mejores para mantener el control (ejem. relajamiento muscular, catarsis y terapia con drogas). Para el segundo tipo se busca promover el insight en los conflictos más conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modo de vida a la medida de las potencialidades creadoras existentes (ejem. Terapia de grupos, psicoterapia por entrevistas, etc.); y en el tercer tipo de tratamiento se busca promover el insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter. Expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación (ejem. Psicoanálisis freudiano y no freudiano etc.).

Como se puede observar en la actualidad la gran variedad de métodos psicoterapéuticos para problemas emocionales es tan grande que incluso a un psicoterapeuta le es imposible el conocimiento especializado de un par de estos métodos. De aquí que cuando el paciente o los familiares de éste buscan ayuda no solo acuden a lo más viable económicamente (centros de salud, iglesia o remedios caseros) sino que no tengan ni la menor idea de la existencia de la diversidad de métodos que les pueden ayudar.

La variedad de corrientes teóricas en psicología que tratan de explicar lo que es el individuo y su naturaleza humana parten de una forma de entender la vida y al hombre. Para algunos el hombre es un ser instintivo movido por fuerzas inconscientes, para otros es un ser de reflejos condicionados y de hábitos, y en rela

ción a lo que determina los padecimientos psíquicos, es decir, su etiología lo explican en función del pasado, para otros teóricos el presente es importante y aún existen otros teóricos que toman en cuenta las expectativas a futuro. Esto trae consigo las actuales luchas de poder de las distintas escuelas psicoterapéuticas - lo cual reduce la eficiencia de los tratamientos aplicados.

4.5 TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA : PSICOANALISIS, PSICOTERAPIA Y FARMACOTERAPIA

En la actualidad es difícil concebir el tratamiento a personas con esquizofrenia con un sólo método terapéutico. Diversos -- factores influyen para que un paciente se beneficie del método - analítico por ejemplo, ya que un estado de crisis aguda exigirá - en principio el uso de farmacoterapia, posteriormente según su -- evolución algún método psicoterapéutico aunado al tratamiento con fármacos.

Desafortunadamente las referencias bibliográficas realizan - descripción de tratamientos unilaterales, es decir, de acuerdo a su técnica, sin señalar el empleo de fármacos los cuales están -- siendo empleados. Hablar de terapia analítica entonces, no presupone únicamente el empleo de sólo esta técnica, al igual que las diversas técnicas psicoterapéuticas. A continuación se exponen; - técnicas analíticas, psicoterapia y farmacoterapia. Sólo en esta última parte de tratamiento farmacológico la técnica es empleada sola, para lo cual se exponen algunas investigaciones recientes - sobre neurolépticos de acción prolongada en esquizofrénicos, neurolépticos idénticos a los que se emplearon en esta investigación.

4.5.1 METODOS ANALITICOS

Frieda Fromm-Reichmann (1981) señala que "la mayoría de los autores psicoanalíticos sostienen que no se puede tratar psicoanalíticamente a los pacientes esquizofrénicos pues son demasiado -- narcisistas como para entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal que sea suficientemente confiable y consecuente para la tarea psicoanalítica". (15)

Freud (1905) al hablar sobre el tipo de personas que se podrían beneficiar de su técnica, ya señalaba que los pacientes psicóticos, en ese momento eran excluidos de tal beneficio, sin embargo abrigaba esperanzas de que algunas modificaciones en el método crearán una psicoterapia de las psicosis, lo cual es una realidad actualmente.

Frieda Fromm-Reichmann considera que el esquizofrénico es una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en una época en la que el yo aún no está desarrollado, causan más daño que las sufridas en etapas posteriores.

Siendo en la temprana infancia en donde se desarrolla la confianza en sí mismo y la seguridad ante el medio ambiente, esta se ve reducida por experiencias traumáticas, de esto resulta que el niño quedará más sensibilizado para las frustraciones de la vida ulterior. La resistencia contra la frustración se va agotando fácilmente.

(15) Fromm-Reichmann, F. (1981), "Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos", Buenos Aires: Paidós, pp.7.

Para Otto Fenichel (1971) el trabajo psicoanalítico sobre esquizofrénicos no es posible por el hecho de que la regresión narcisista no es nunca completa. Señala que los psiquiatras que han sabido utilizar la paciencia y amistad suficientes, han tenido la satisfacción de ver responder incluso a pacientes en un estupor - catatónico. El terapeuta se introduce en el mundo del paciente para hacer volver a éste gradualmente al mundo de los objetos.

Frieda Fromm explica que a pesar del retraimiento narcisista, todo esquizofrénico posee una noción de su irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo. Anhela un contacto y una comprensión humana, pero teme admitir tal cosa ante sí mismo o ante el terapeuta, por miedo a una nueva frustración. Es por eso que el paciente puede emplear semanas y meses provocando al terapeuta, antes de mostrarse dispuesto a aceptarlo. Sin embargo, una vez que lo ha aceptado, su dependencia de el terapeuta es mayor que la del psiconeurótico y es más sensible que éste, esto debido a su arraigada inseguridad; la actitud narcisista de aparente vanagloria, la cual no es más que una defensa.

Frieda Fromm ha demostrado también que el esquizofrénico es capaz de establecer fuertes relaciones de amor y odio con su analista. Si las reacciones del esquizofrénico son más turbulentas, y más impredecibles que las del psiconeurótico, creo que ello se debe a los inevitables errores del modo como el analista trata al esquizofrénico, errores que no puede darse cuenta, y no a la incerti

dumbre de las respuestas emotivas del paciente. La labor del analista se dificulta por el poco conocimiento acerca del lenguaje del inconsciente del esquizofrénico, esto se ve obstruido por los diferentes niveles de desarrollo personal y el vivir en mundos completamente distintos. De lo anterior se deduce que los esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones de transferencia adecuadas, pero la psicoterapia exitosa con aquellos depende de que el analista comprenda la significación de estos fenómenos de transferencia y los trate apropiadamente.

4.5.2 METODOS PSICOTERAPEUTICOS

David Cooper citado por Delacampagne (1978) explica que uno de los objetivos en la terapia de esquizofrénicos es la aceptación del paciente de la diferencia existente de él con la vivencia de "la enfermedad" social y el resto de la sociedad, el paciente deberá tener un mínimo de discreción que le permita escapar desde este momento a la invalidación social. Cooper recuerda que la palabra "therapeia" en griego significa prestarle un servicio a alguien, este servicio para él sería el aprendizaje de la discreción.

Para Lawrence Kolb (1978) el psicoterapeuta no sólo debe remitirse a aliviar angustia y síntomas debe elaborar un programa de tratamiento para darle la oportunidad al enfermo de desarrollar una personalidad más estable. El terapeuta debe pensar especialmente en las partes débiles de la identidad y de las funciones del yo que caracterizan al esquizofrénico; conforme conozca más acerca del desarrollo del paciente, evaluará si dichos efectos se deben a la falta de experiencias sociales o si son la consecuencia del aislamiento y el retraimiento que resultan de un conflicto psicológico y la crisis emocional concomitante. Se debe considerar el medio ambiente en el que se desen-

vuelve el individuo, para reestructurar este ambiente buscando que el paciente entre en contacto con otras personas que le proporcionen base para desarrollar seguridad y confianza.

Baldessarini (1981), en su libro "Quimioterapia en Psiquiatría" señala que la valoración de la función de las psicoterapias en la esquizofrenia ha sido mucho menos rigurosa que la de las quimioterapias. No obstante menciona que hay algunos informes basados en comparaciones entre la quimioterapia y las formas psicosociales de tratamiento. La investigación en el Centro de salud mental de Massachusetts y los extensos estudios de P.R. May en California, apoyan la conclusión de que la presencia o la falta de un agente antipsicótico provocó una notable diferencia en el resultado clínico final de la esquizofrenia, mientras que el tratamiento ambiental de apoyo y los intentos de rehabilitación o la psicoterapia intensa, aún conducida por terapeutas experimentados, contribuyeron muy poco y fueron en mucho ineficaces cuando se emplearon sin medicamento. En un estudio similar de cerca de 400 esquizofrénicos crónicos, G.S. Hogarty valoraron el índice de recidiva un año después de tratamiento y encontraron que sólo 26% de los pacientes tratados con clorpromazina y psicoterapia de apoyo presentaron recidiva (y tal vez aproximadamente la mitad de ellos no tomaron el medicamento regularmente), mientras que 53% de los tratados con un apoyo idéntico y placebo presentaron recidiva; la falta de psicoterapia (tratamiento medicamentoso solo) aumento los índices de recidiva solo en otro 10%.

La importancia de la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia sigue siendo un tema de controversia y todavía muy influido por tradiciones, corrientes de pensamiento y práctica en vez de por valoración científica. Esta claro que el psicoanálisis y la psicoterapia dinámica han contribuido mucho en el conocimiento de la expe -

riencia psicótica y en las hipótesis acerca de la dinámica intrapsíquica y las posibles influencias de las experiencias tempranas y de la vida actual sobre la aparición y el curso de la esquizofrenia. Además unos cuantos terapeutas analíticos han invertido esfuerzos enormes al tratar a pacientes esquizofrénicos crónicos, sus resultados han sido alentadores, pero sólo en forma anecdótica. Fonichel (1978) en relación al trabajo analítico con esquizofrénicos señala que para él los éxitos terapéuticos de que se tienen noticias, aún no pueden atribuirse lo bastante a una conciencia sistemática, científica, de las modificaciones necesarias, sino más bien a la habilidad terapéutica intuitiva de los respectivos analistas.

Christian Delacampagne (1978) en su libro "Una lógica de la esquizofrenia", cuestiona seriamente el psicoanálisis y la quimioterapia el cuestiona si la psicosis es o constituye el verdadero terreno del psicoanálisis, menciona los siguientes obstáculos para el trabajo con esta técnica: es de larga duración (a veces varios años), es costoso (los analistas acostumbran convertir este punto en una cuestión doctrinal), está solamente al alcance de una pequeña fracción de enfermos (la minoría cultivada), pues indiscutiblemente se precisa un cierto nivel cultural para comprender el principio de la cura, por último hay pocos psicoanalistas y solo unos cuantos que deseen trabajar con estos pacientes. Al igual que la quimioterapia el drama del psicoanálisis consiste en haberse convertido en la nueva magia de las sociedades civilizadoras de la era tecnocrática.

Baldessarini menciona que en lo que sí parece existir consenso entre psicoterapeutas experimentados es en relación a las técnicas de sondear y descubrir están contraindicadas en el tratamiento de la esquizofrenia; la psicoterapia sola, sin medicamento, se intenta raramente en el momento actual: un paciente confuso e incoherente no es un candidato óptimo para psicoterapia verbal racional y hay pruebas de que los agentes antipsicóticos pueden facilitar la relación y los intercambios verbales del paciente y el terapeuta. Incluso aunque su eficacia no se ha demostrado en forma rigurosa, por razones clínicas y humanitarias, muchos psiquiatras combinan razonablemente los esfuerzos de apoyo y rehabilitación con los medicamentos al trabajar con pacientes psicóticos crónicos. Por su parte, aún prevalece la hipótesis de que el cambio a fondo y duradero en la esquizofrenia sólo puede lograrse mediante intentos prolongados y costosos para obtener cambio caracterológico, pero debe juzgarse hoy en día como "no probada". Además, ya no puede apoyarse la idea de que los medicamentos son sólo paliativos o de que privan a los pacientes de una experiencia positiva o que "favorece el desarrollo al atravesar" la psicosis en la psicoterapia.. La psicosis es dolorosa y su terminación o su alivio tempranos deben ser los objetivos deseados y apropiados del tratamiento.

El movimiento antipsiquiátrico nacido en la Gran Bretaña al final de la década de los cincuenta, sostiene el método de ayuda al esquizofrénico planteado por Laing, Cooper y Esterson; para ellos el método reside en cambiar el entorno social, debido a que es el contexto el que determina en gran medida la enfermedad. Ellos plantean la creación de comunidades subestructuradas (no comunidades cerradas como las actuales) no significa volver al individualismo de la colectividad en donde los individuos reunidos no tienen nombre ni

personalidad, sino aquella comunidad que posibilita establecer -- relaciones humanas profundas y personales en sus miembros. Los -- principios que rigen este tipo de métodos son los del Wu/Wei de los taoístas, la no interferencia. Uno de dichos principios es el de saber escuchar al paciente con el fin de que cobre conciencia de lo que sucede.

Por otro lado, Jay Haley (1970) en su libro "Tácticas del poder de Jesucristo", reafirma la idea antipsiquiátrica de que los hospitales psiquiátricos no son lugares de ayuda al paciente. La lucha de poder entre la institución y el paciente, la institución para esta lucha posee drogas, bañaderas, tratamientos de -- shock (insulínico y eléctrico), operaciones cerebrales, celdas de aislamiento, control de alimentos, compuesta por un grupo de ayudantes, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras. El esquizofrénico posee su estilo sus palabras y una - voluntad empecinada. Para someter al paciente al inicio se hace - uso del shock eléctrico o las drogas, las cuales terminan por - hacer que él acepte lo que se le pide.

La estructura hospitalaria es la misma que la de la familia, el esquizofrénico conserva la misma posición y función que en el hogar.

4.5.3 METODOS DE FARMACOTERAPIA

A continuación se describen algunas investigaciones realizadas en esquizofrénicos utilizando neurolépticos de acción prolongada como los empleados en la presente investigación.

Existe una gran cantidad de investigaciones sobre neurolépticos, tanto de corta como de larga duración en pacientes esquizofrénicos, las razones de este incremento obedecen a la necesidad de encontrar medicamentos más eficaces que disminuyan el enorme gasto económico que representa para los países la atención de los pacientes psiquiátricos la cual va en aumento, debido a que el uso unilateral de tratamientos farmacológicos no soluciona los problemas de salud mental. El alivio químico ofrecido por psiquiatras y compañías farmacéuticas hace que las condiciones que provocan tensión permanezcan intactas, mientras que alteran la respuesta emocional hacia ellas Robert Schwebel de E.U. en el Primer encuentro Latinoamericano de alternativas de la Psiquiatría (1981), señaló que más de 250 millones de recetas de drogas psiquiátricas para individuos que se encuentran fuera de las instituciones mentales son recetadas, unos 35 millones de personas usan estas drogas regularmente, lo anterior solo señala en parte la magnitud del problema en salud mental, el cual sin duda es un problema Socio-económico y político.

Gunderson y Mosher (1975) han planteado algunas alternativas de solución, sus planteamientos parten de sus estimaciones del costo de la esquizofrenia en los E.U. Ellos señalan que se ha estimado en \$11.6 a \$19.5 billones anuales en 1971, Dos terceras partes del costo es debida a la pérdida de la productividad de los pacientes esquizofrénicos y una quinta al tratamiento. Ellos sugieren disminuir el costo del tratamiento creando comunidades que les permitan trabajar y a la vez incrementar su rehabilitación con programas espe-

ciales de cuidado. El costo por mantenimiento externo o interno continuará incrementándose sino se llevan a cabo tratamientos que de crementen la enfermedad mental.

Pierre Pichot (1974) en una conferencia en la Facultad de medicina en México ha señalado los diferentes usos de los neurolépticos por los psiquiatras franceses. El criterio empleado es que no solo usan los neurolépticos por sus efectos antipsicóticos sino por sus propiedades estimulantes y sedativas de los mismos, uno de los progresos para la prescripción es el acuerdo sobre categorías nosográficas, lo que permite que la práctica clínica tenga criterios comunes. Ginestet y col. (1973) del Hospital Salpêtrière de Francia han expuesto algunos criterios importantes para la investigación con neurolépticos de acción prolongada, dichos criterios son útiles igualmente con fines de tratamiento: a) el diagnóstico exacto, en donde importa el parámetro utilizado de clasificación diagnóstica; b) Las edades de las muestras utilizadas deberá ser de 21 a 50 años, esto debido a que estableciendo el límite inferior se eliminan los problemas de desorganización de la personalidad que no necesariamente son de esquizofrenia y sí debidos o presentados en la adolescencia. El límite superior elimina los sujetos con poca tolerancia orgánica particularmente los neurológicos y cardiovasculares, así como aquellos con desórdenes somáticos; c) Se ha visto que los neurolépticos de acción prolongada resultan más eficaces cuando la administración se realiza a intervalos fijos para todos los pacientes y durante todo el estudio y cuando las dosis son variables, y d) la muestra deberá ser significativa al .05 %.

Los tratamientos de mantenimiento con drogas antipsicóticas en pacientes esquizofrénicos han sido revisadas por el Director del Instituto de Psiquiatría de Illinois; John Davis (1975), él revisó 24

estudios, los cuales fueron controlados con antipsicóticos, se observó que 698 pacientes de 1068 recayeron al recibir placebo (65%), en contraste con 639 pacientes de 2127 (30%) quienes recibieron mantenimiento antipsicótico. Davis concluye que la necesidad de medidas preventivas y terapias de mantenimiento solo se aplicara a aquellos pacientes con alto riesgo ya que se ha demostrado que hay pacientes que al discontinuar el tratamiento no sufren recaídas. La terapia de mantenimiento ha sido estudiada por Johnson (1979), quien afirma que el estado mental estable con inyecciones depot se logra hasta los 4 años de tratamiento, posteriormente las recaídas de esquizofrénicos crónicos se incrementan no solo a quienes discontinúan el tratamiento sino quienes siguen este, los riesgos de recaída aumentan cuando no se ha usado drogas por 3 meses y se utilizan drogas de corta duración.

John Davis enfatiza que los factores psicológicos, económico, vocacional y el medio ambiente del paciente son tan importantes como las drogas en el tratamiento de larga duración con esquizofrénicos. Los pacientes pueden recibir terapia psicológica conjuntamente con terapias de drogas, él considera que es una falsa dicotomía pensar en uno contra otro.

Una reevaluación después de 10 años de experiencia clínica con flufenazina depot fue llevada a cabo por Frank Ayd (1975) Director del Hospital de Taylor en Baltimore, él señala que los experimentos clínicos muestran que las reacciones adversas de las flufenazinas depot son cada vez menos y usualmente mucho menores que las de los neurolepticos orales. Muchos de los logros de esta droga se debe a la habilidad del terapeuta tanto en el diagnóstico, dosis prescritas, manejo de los temores del paciente hacia el tratamiento y otros factores también importantes son la edad, la condición física, la

historia de fármacos utilizados, etc. En 1975, 400,000 pacientes estaban siendo tratados con algún tipo (7 tipos de neurolépticos de pot) de neuroléptico, en todo el mundo.

Barabara Stevens (1973) ha investigado "el rol de la flufenazina o decanoato en esquizofrénicos crónicos en la comunidad", ella investigó el efecto que tienen este tipo de tratamientos no sólo en el paciente sino en la comunidad, es decir la actitud de la familia en relación a la conducta del paciente, ella encontró que los pacientes tratados con placebo presentaban deterioro en sus relaciones sociales, el incremento de la agresión, ilusiones y aislamiento, mientras que los pacientes con la flufenazina no solo no presentaron este deterioro sino que mejoraron y sus familiares reportaban sentirse mejor con la estabilidad emocional del paciente.

Otras investigaciones han comparado el pimozide dado intermitentemente y la flufenazina decanoato, McCreadie (1977), en un experimento doble ciego en esquizofrénicos encontró solo que los tratados con pimozide no utilizaron antiparkinsonianos. Sin embargo Fallon y Watt (1978) utilizando el pimozide encontraron que la conducta social era mayor que los que utilizaron flufenazina, los cambios significativos se observaron al mes de tratamiento y al año. Las relaciones con la familia mejoraron, ya no sentían al paciente como una carga. En sus relaciones sociales hubo mayor expresión de afectos. No se observaron diferencias respecto a su integración a grupos y relaciones sexuales en la pareja. En relación a los disturbios de la conducta no hubo diferencias significativas, en una tercera parte de la población se observó un estado depresivo principalmente al año con el empleo de la flufenazina.

Uno de los medicamentos utilizados en esta investigación es el haloperidol decanoato, el cual ha sido principalmente estudiado en Bélgica por Deberdt y col, (1980) ellos han observado la seguridad y confiabilidad del haloperidol decanoato al utilizarlo con 38 pacientes esquizofrénicos, su efectividad es igual a la del haloperidol oral, por lo que concluyen que es positivo para las terapias de mantenimiento.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría se han realizado varias investigaciones sobre terapias de mantenimiento en esquizofrénicos, Federico Puente (1982) comparó el efecto de neurolepticos de larga y corta duración, observó que los neurolepticos de larga acción tienden a producir más efectos colaterales, pero ejercen un mejor control sobre la sintomatología psicótica, en relación al haloperidol decanoato encontró que es más potente que la flufenazina contra la sintomatología psicótica pero produce más efectos colaterales.

C A P I T U L O 5

I N V E S T I G A C I O N E S

S O B R E

A U T O C O N C E P T O

CAPITULO 5.

INVESTIGACIONES SOBRE AUTOCONCEPTO.

Introducción.

La investigación en Psicología se ha incrementado de una manera exorbitante, lo que ha permitido cuestionar y proponer; nuevas Teorías, instrumentos de medición y revalorar la importancia de la investigación como medio para fundamentar los postulados básicos de las Teorías psicológicas y como medio para hacer más eficaz la Psicología aplicada en sus distintas áreas.

La investigación en el campo de la Personalidad ha salido del consultorio clínico, para trascender del conocimiento individual al conocimiento grupal, de la investigación personal al campo interdisciplinario.

En el campo de la Personalidad una de las áreas que últimamente han sido investigadas ha sido el autoconcepto del individuo. Los Tests proyectivos como el Test de percepción temática de Murray, el Test de manchas de tinta de Rorschach y el test de la figura humana de Machover proporcionan material valioso sobre como se percibe el individuo. Los tests semiestructurado como el Frases Incompletas de Sachs y de tipo estructurado como el M.M.P.I. también brindan información sobre el autoconcepto.

En los tests psicológicos también se refleja un problema expuesto en el capítulo sobre las teorías del self y del Yo, es decir, que el individuo no solo expresa aspectos conscientes de lo que es sino aspectos inconscientes sobre sí mismo. Es por esto que resulta difícil delimitar el área del autoconcepto en tanto no se le considere como menciona Rosenberg (1979) como una Totalidad con aspectos conscientes e inconscientes del sí mismo.

Desde hace 32 años, los psicólogos humanistas (Rogers, 1951; Comb & Snygg, 1959) han acentuado que lo positivo de la persona en relación a su yo es un índice de validez de actualización. Asimismo las investigaciones psicométricas (Diggory, 1966; Helbig, 1967) han mostrado que los disturbios en la autoimagen son un reflejo de desviación psicopatológica. (Vernon P. 1977)

Las investigaciones sobre autoconcepto que a continuación se presentan están divididas en tres áreas principales:

- 1) Investigaciones sobre autoconcepto en esquizofrénicos y otras poblaciones.
- 2) Investigaciones sobre autoconcepto en las que se incluye una medida pretest, un tratamiento y un posttest.
- 3) Investigaciones sobre la validación del TSCB

5.1 Autoconcepto en esquizofrénicos y otras poblaciones.-

Las investigaciones sobre autoconcepto se han desarrollado generalmente a partir del enfoque Freudiano sobre la teoría del yo.

Ya Freud establece el desconocimiento que la gente tiene de sí misma y como esto repercute determinadamente en la imagen que se tenga de sí. Las teorías de la personalidad han investigado el autoconcepto y han tratado de ver cuál es la congruencia existente entre lo que realmente un individuo hace y los ideales que postula para sí mismo. También se ha prestado atención a que tanto la persona se siente satisfecha con la forma en que se percibe. Jackson D. (1980).

Hillson y Worchel (1975) compararon a esquizofrénicos paranoides y a delirantes mixtos que habían sido internados en fecha reciente, con personas normales y neuróticos. Los esquizofrénicos se evalua-

ron en forma tan favorable como las personas normales, en tanto los neuróticos ansiosos ofrecieron una imagen bastante desfavorable de ellos mismos. Se afirma que el sí mismo ideal es en los esquizofrénicos mucho más pobre que en las personas normales y neuróticas. Los esquizofrénicos parecen distorsionar, de manera defensiva, la adecuación de la adaptación, y disminuir sus ideales, en tanto que consideran que los otros se adaptan más. Entre los pacientes de este tipo, la autopercepción se vincula, al parecer con un mecanismo de defensa y no con la adecuación de la adaptación.

Gruba F. y Johnson (1974) han examinado el autoconcepto en esquizofrénicos, en sus estudios han encontrado que ellos se ven a sí mismos como menos adecuados que otros, muestran disturbios en la identificación de su rol-sexual y muestran distorsión en su imagen corporal. De acuerdo con estudios sobre patrones de comunicación dentro de familias de esquizofrénicos se esperaría que los esquizofrénicos encontrarán dificultad para establecer claramente, sin ambigüedad su autoconcepto. Es decir, el autoconcepto de esquizofrénicos tal vez sea más ambiguo y contradictorio en su estructura que lo que es el autoconcepto de el normal. Una muestra de 20 esquizofrénicos fue comparada con sujetos normales, encontrándose que los esquizofrénicos contienen más elementos contradictorios e incongruentes que el autoconcepto de los normales. Esto se llevó a cabo mediante una lista de chequeo de adjetivos descriptivos de la personalidad. Una implicación del hallazgo es que tal vez sea terapéuticamente útil ayudar al esquizofrénico a resolver contradicciones en el autoconcepto, para proveerlo de elementos más

claros que le permitan eliminar lo incongruente de su autoconcepto. W. Fitts (1965) menciona que los métodos psicoterapéuticos y las experiencias positivas suponen un aumento en el autoconcepto, a diferencia del stress y el fracaso con los cuáles habría una reducción de la autoestima. Fitts describe tres investigaciones que tienen relación con la validez de su test y enfatizan cambios de la Personalidad bajo condiciones particulares:

Fitts (1961), realizó una investigación de terapia de grupo con seis pacientes mujeres, el autor utilizó la Escala para predecir los cambios a través de la terapia. La escala y otros tests fueron administrados a cada paciente antes de la terapia. De los datos del pretest un número de predicciones individuales fueron hechas con respecto a los cambios en la Escala. Un total de 88 predicciones fueron hechas. La escala fue subsecuentemente readministrada después de cinco meses. De las 88 predicciones, 60 fueron correctas.

Un reciente estudio de Ashcraft y Fitts (1964) es el más completo estudio realizado con la escala sobre cambios a través de psicoterapia. El diseño incluía un grupo experimental de 30 pacientes quienes habían estado en terapia por un promedio de seis meses y un grupo control de 24 pacientes quienes no han recibido terapia aún por un promedio de siete meses. Todos los sujetos fueron medidos con un test-retest con la Escala. El grupo de terapia cambió significativamente en la dirección esperada en 18 de las 22 variables estudiadas mientras el grupo control cambió en dos variables. Cuando las predicciones individuales fueron consideradas por sujetos, una proporción significativa de cambios fue predicha para 25 de los 30 sujetos. De los 5 sujetos restantes, 4 fueron mencionados por sus terapeutas de que no habían mejorado en su terapia.

En otro estudio Congdon (1959) citado por Fitts, buscó evaluar los efectos de fármacos neurolépticos sobre el autoconcepto. Los pacientes en este estudio mostraron mejoría conductual y sintomática pero no significativa de cambios en el autoconcepto.

A continuación se citan tres tesis profesionales, las cuales tienen en común la utilización de la Escala de autoconcepto de Tennessee en poblaciones distintas.

El test de Tennessee ha sido empleado últimamente para la investigación con adolescentes y con personas adictas a alcohol y a inhalantes.

Luz Ma. Henze (1980) estudió el autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes, los cuales deseaban ser seminaristas. Quince adolescentes participaron en un curso pre-vocacional en el cual se realizarían dinámicas de grupo por parte de psicólogas y trabajo de asesoría vocacional impartido por sacerdotes en el área espiritual. Se aplicó la prueba de Tennessee antes y después de las dinámicas de grupo, el curso duró veinte días. La base de esta investigación fue que la utilización de dinámicas de grupo y asesoría vocacional, considerados como métodos de reflexión y discusión facilitarían la búsqueda de identidad, la seguridad de los adolescentes y esto se reflejaría en un mejoramiento del autoconcepto. Los resultados indican que hubo diferencias significativas en once de las trece áreas medidas.

Patricia Vazquez (1984), también estudió a adolescentes con la prueba de Tennessee de autoconcepto. Se propuso analizar como puede influir en el autoconcepto del adolescente ser hijo de madre soltera, en comparación de adolescentes que provienen de hogar integrado (padres viviendo juntos). La muestra estuvo compuesta de

82 alumnos de secundaria. Las diferencias significativas encontradas se deben a que los hijos de hogar integrado tienen menos rasgos patológicos que los adolescentes hijos de madre soltera, ya que que estos últimos no están satisfechos con sus logros, creen que su conducta es inadecuada y que su conducta no es la que se espera de ellos. Esto puede estar dado por el sentimiento de abandono y de la necesidad de aceptación que le género haber sido abandonado por el padre.

Alejandro Fabela y Otoniel Nava (1984) estudiaron a pacientes alcohólicos. Investigaron el grado de conciencia de enfermedad y los cambios del autoconcepto del enfermo alcohólico, mediante un tratamiento integral e interdisciplinario para la rehabilitación de alcohólicos. Las fases del programa eran tres: la primera de desintoxicación, la segunda de motivación y la tercera de rehabilitación. A 34 personas les aplicaron los Tests de Bender, WAIS, EPQ y el Test de Tennessee. Se aplico un pretest y un postest, antes y después de la fase motivacional que duró 23 días. Encontraron diferencias significativas, es decir, se fomentó una mejor conciencia de enfermedad y cambios positivos en el autoconcepto.

En las investigaciones anteriores observamos tres campos importantes que enfatizan los hallazgos encontrados:

a.- Las investigaciones en esquizofrénicos sobre autoconcepto han encontrado que presentan más elementos contradictorios e incongruentes en su autoconcepto. Aunado a esto encontramos el hallazgo opuesto en el que el **esquizofrénico** distorsiona su autopercepción como un mecanismo defensivo y se evalúa tan favo-

rablemente como una persona normal. Estos hallazgos nos hacen pensar en la importancia de diversos factores tales como; las condiciones de prueba existentes, el instrumento de medición utilizado, el diagnóstico del paciente y las razones que se dan al paciente para que participe en una investigación. El estado emocional del paciente durante la investigación o en relación a su enfermedad, etc. Probablemente esto sea lo que haga que unos se muestran defensivos y otros no.

b.- Los trabajos de Fitts et al, nos muestran un panorama alentador en relación a los cambios producidos por la psicoterapia en el autoconcepto de pacientes, ya que si bien esto ha sido corroborado ampliamente, existen factores que proporcionarían bases importantes para ulteriores investigaciones tales como; diagnóstico, motivo de consulta, metas terapéuticas planteadas, y tratamiento farmacológico en caso de que exista.

La importancia de la última investigación citada por Fitts, estriba en que al igual que la presente investigación sólo se utilizó tratamiento farmacológico, sin encontrarse cambios importantes en el autoconcepto. Hace falta precisar el diagnóstico, y los fármacos utilizados para ser más relevante.

c.- Las tres tesis citadas enfatizan la necesidad de tener instrumentos más precisos para evaluar el autoconcepto, es decir, la necesidad de estandarización del instrumento. Dos de las tesis en sus tratamientos aplicados refieren un tiempo relativamente corto, a pesar de lo cual existen cambios positivos en el autoconcepto. Las investigaciones señalan la importancia de la etapa de la adolescencia y la necesidad de evaluar como se vive para plantear alternativas que fomenten una mejor identidad. También resaltan la influencia de los factores familiares en la

percepción de sí mismo y por último el tratamiento múltiple e interdisciplinario en casos de enfermedad física y psicológica.

En general se proponen estudios en distintas poblaciones, muestras similares de mayor tamaño y seguimientos a pacientes con el objeto de observar los alcances de los tratamientos en el tiempo.

52 Investigaciones de autoconcepto en esquizofrénicos con Pretest Tratamiento y Postest. (A-B-A).

Lang y Vernon (1977) han descrito el empleo de técnicas psicológicas para medir lo que se denomina autoconcepto, esto ha creado la necesidad tanto de mejorar dichas técnicas como de incidir directamente sobre el mismo de múltiples maneras. Ellos han observado a este respecto correlaciones positivas entre la autoestima y cambios en la psicoterapia dinámica (Meltzoff & Kornreich, 1970) y cambios entre autoestima con técnicas de modificación de conducta (Kazdin, 1975).

La noción de que en la psicoterapia se reflejan las deficiencias en las relaciones interpersonales del paciente ha estimulado la investigación en la percepción del paciente de sí mismos y el significado de los otros. Teichman Yona y Bazzoui (1974) investigaron la percepción del rol marital en dos grupos de pacientes hospitalizadas neuróticas y esquizofrénicas antes y después de un tratamiento psiquiátrico de corta duración, los tratamientos fueron diversos; incluían terapia individual y de grupo, terapia familiar y farmacoterapia, la duración de hospitalización fue de 4 a 5 semanas, los tratamientos estaban basados en los problemas "del aquí y el ahora".

Las hipótesis de este estudio fueron derivadas de las teorías del autoconcepto, de hallazgos previos en la autopercepción en diferentes grupos diagnósticos y de diversos criterios de evaluación en terapia. Sus hipótesis se centraban en investigar las relaciones

de la percepción del paciente de sus reacciones hacia sí misma y hacia el conyuge, en un nivel actual y en uno ideal. Además investigar la aceptación y el rechazo emocional y social de sí misma y el conyuge, tanto como las normas ligadas a estos sentimientos. Respecto a la primera hipótesis de que en ambos grupos el tratamiento resultaría en aumento de patrones de aceptación (ej. afecto y estima) y en reducción de patrones de rechazo (ej. menosprecio) ambos hacia sí mismas y el conyuge, los datos fueron significativos en las pacientes neuróticas no así en las esquizofrénicas. En la segunda hipótesis donde antes del tratamiento, la autoaceptación sería menor que la aceptación del conyuge y que el tratamiento reduciría esta diferencia, se encontró que en el grupo neurótico, el tratamiento incremento la aceptación de sí mismo y redujo el rechazo, la actitud hacia el esposo fue en la misma dirección. En el grupo esquizofrénico los cambios ocurridos fueron mínimos, generalmente hacia la mejoría. En la tercera hipótesis en donde se esperaba que fueran más indulgentes consigo mismas y con sus esposos, pues se suponían severas normas que las guían, se encontró que en el grupo neurótico en rechazo hacia ambos no había diferencias significativas, en aceptación a el esposo hubo ligero incremento. En el grupo esquizofrénico, el rechazo y la aceptación no varió en ambos. El grupo neurótico incrementó la severidad de las normas. Los resultados indican un cambio positivo siguiendo el tratamiento principalmente en neuróticas. Posteriormente estos cambios indicaban actitudes hacia sí mismas más que actitudes hacia sus esposos y percepción de conducta actual más que autoimagen ideal. La distancia entre los niveles ideal y actual fueron reducidos, esto en ambos grupos de pacientes. En esquizofrénicas una tendencia leve

a reducir aspiraciones fue notada.

Una de las regiones del autoconcepto enunciada por Rosenberg Morris (1979) es el "self existente". Una de las áreas comprendidas en el self existente es la del contenido, la cual comprende la identificación social, las inclinaciones del sujeto y sus características físicas. Sobre este último punto Rosenberg señala: "se ha optado el término de características físicas mejor que el de imagen corporal debido al interés por el yo físico, como un objeto perceptual".

Estudios en pacientes esquizofrénicos han investigado sobre los disturbios en la imagen corporal comprendiendo los atributos físicos.

Freeman (1958) sostiene que el disturbio básico en la esquizofrenia es su disolución de los límites del ego y la pérdida de sentimientos de este, resultando en un paciente poco seguro de su propia identidad y de su discriminación de sí mismo y de su ambiente.

Una posición similar es tomada por Des Lauriers (1962) quien ha desarrollado técnicas de tratamiento dirigidas hacia una experiencia de integración y diferenciación del sí mismo corporal. Esta aproximación involucra técnicas reeducacionales dirigidas hacia la ayuda de la identificación del paciente y a varios aspectos del sí mismo, por ejemplo sus pensamientos, sentimientos, atributos físicos y mannerismos característicos.

En los últimos años varias investigaciones han estado ocupándose del desarrollo de la T.V. para su uso como herramienta terapéutica. En 1973 Muzekari; Weinman y Kreiger, desarrollaron e implementaron dos programas de tratamiento de autoexperiencia durante seis semanas, para ver el efecto directo en la modificación del autoconcepto y el ajuste de mejoría psiquiátrica de la esquizofrenia crónica. Estos dos programas centrales fueron: a) Sensación física de iden-

tividad; y b) Expresión emocional y reconocimineto con retroalimentación videotape. Los resultados revelan que el tratamiento de autoexperiencia no resulta en un cambio positivo en el autoconcepto y el ajuste psiquiátrico cuando se compara con la interacción social del tratamiento. En el primer tratamiento de autoexperiencia física se trataba de proveer a los esquizofrénicos crónicos de experiencias que definirían y establecieran conciencia de su cuerpo como distinto de otros y del medio ambiente, esto se trataba de lograr mediante una retroalimentación videotape en 24 sesiones grupales. En el segundo tratamiento de autoexperiencia emocional la técnica fue la misma, solo que se enfatizaba la expresión y reconocimiento de emociones en relación a determinantes situacionales e interpersonales. En el último tratamiento de interacción social se resaltaba la importancia de tal experiencia social y se proveía al paciente de un repertorio básico de técnicas para interactuar con la gente. Los instrumentos utilizados para la medición fueron el TSCS, el BPRS (Escala breve de apreciación psiquiátrica) y el NOSIE-30 (Escala de observación de enfermeras para la evaluación del paciente interno).

En los resultados contrario a lo esperado, las puntuaciones de autoestima de los pacientes con los tratamientos de autoexperiencia disminuyeron sobre el período de tratamiento, mientras que aquellos que recibieron el tratamiento de interacción social reportaron un alto nivel de autoestima. Los autores concluyen que los esfuerzos deben estar dirigidos a la ayuda inicial con el paciente con sus percepciones y sentimientos como causados por los procedimientos de confrontación. Esfuerzos subsecuentes pueden entonces ser dirigidos hacia la reestructuración de sus autopercepciones de acuerdo con la realidad.

Los estudios anteriormente expuestos señalan una fuerte relación entre las técnicas psicoterapéuticas y los cambios en el autoconcepto.

La primer investigación presentada llevada a cabo por Teichman Yona y Bazzoui (1974), muestran que hubo mejoría en la percepción de sí mismo y del esposo en pacientes esquizofrénicas, aunque las diferencias con el grupo neurótico no fue significativo. Los hallazgos en esta investigación son múltiples, uno de los principales es el haber enfocado el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y nel autoconcepto de las mismas tomando en cuenta al conyúge. El sustento teórico de haber investigado la aceptación o el rechazo del esposo radica en que el autoconcepto también esta dado por la percepción que los otros tienen de uno y como se les perciba, de aquí que el planteamiento de aceptación y rechazo hacia sí mismo y al conyúge proporcioné datos importantes. Con el tratamiento múltiple a nivel terapéutico se esperaba que los cambios fuesen muy significativos, sin embargo a nuestro parecer la duración del tratamiento fue muy limitada (5 semanas), ya que los objetivos eran múltiples. La mejoría en ambos tipos de pacientes justifica la labor de investigación y tratamiento terapéutico.

En el trabajo de Muzekari et al (1973), se observa una mejoría en la autoestima del pacientes significativa con el tratamiento de interacción social. Probablemente el repertorio básico de técnicas para interactuar con la gente como técnica de confrontación, motive en el paciente una actitud distinta hacia su enfermedad y hacia la interacción con los demás. El alejamiento del contacto interpersonal y en general con la realidad ha propiciado la creación de repertorios conductuales ineficaces que refuerzan solo la patología.

Las metas terapéuticas a corto plazo probablemente resulten más eficaces, si están dirigidas a este tipo de tratamiento y posteriormente a una reestructuración más profunda y más confrontativa de sus autopercepciones.

5.3 Investigaciones sobre la validez del TSCS

Lang y Vernon (1977) mencionan que en general, los estudios de autoconcepto tienen que ver con las variables de la personalidad y de la psicopatología y en este sentido están propensas a debilidad metodológica y a problemas "de medida". Es por esto que el trabajo de los psicólogos y trabajadores de la salud mental en diversas instituciones resulta importante ya que buscan identificar y manipular contingencias vitales para el desarrollo realista del autoconcepto, esto en la medida que definen los sentimientos anormales de autoimagen. Así los clínicos, no pueden estar absolutamente seguros que el reporte verbal de la persona o el reporte lápiz-papel refleje su nivel real de autoconciencia, ya que puede darse una necesidad de aprobación y distorsión perceptual por parte del paciente que sesgue la información e impida el tratamiento.

Los hallazgos de Fitts (1965) para introducir la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) van dirigidos a asegurar la percepción individual del yo. A pesar de su continua popularidad especialmente en Norteamérica Buros (1975) señala que el TSCS permanece como uno de los instrumentos últimamente explorados. Entre otros, Bentler (1972), lamenta la ausencia de algunos ítems dirigidos - o escalas - a nivel de análisis factorial que se reportarán en alguna tabla en el manual de la prueba.

Lang y Vernon (1977) investigaron los 12 índices de autopercepción en la escala de autoconcepto Tennessee junto con el inventario de Personalidad de Eysenck, estos instrumentos fueron empleados con análisis factorial con información obtenida de los cuidados diarios de los pacientes psiquiátricos (n=131). Los ítems separados - y escala - a nivel de análisis factorial revelaron que:

- 1) La presencia de una dimensión global de autoestima caracterizada por los 5 referentes externos del autoconcepto y tres referentes

internos (identidad, conducta y autosatisfacción) sugieren fuertemente el grado de redundancia interescala existente en el TSCS.

- 2) El análisis factorial de ítem generó 30 factores principales primarios con un 30% coincidente, implicando que el TSCS es una relación de medida compleja de el yo abstracto que requiere una reestructuración de su contenido multidimensional para representar más exactamente los 5 referentes invariantes del yo;
- 3) Las puntuaciones de conflicto, variabilidad y distribución están en relación con un subtipo de autoestima.

Debido a los resultados, el constructo y la validación factorial es seriamente cuestionada. Los autores sugieren para futuras investigaciones desarrollos más sensitivos, tratamientos de medida orientados más a comparar los sentimientos y cogniciones de la autoimagen privada y menos al hombre manifiesto.

Bolton Brian (1976) de la Universidad de Arkansas señala que el TSCS es uno de los instrumentos psicométricos más populares desarrollados en los últimos 15 años. Esto ha cuestionado a algunos investigadores acerca de la adecuación psicométrica del instrumento. Las investigaciones reportadas en la literatura con el Tennessee son muy amplias no así las investigaciones metodológicas de la prueba. Para Brian los estudios publicados de Análisis factorial de la escala caen dentro de tres categorías:

- 1) Análisis combinado de la escala y otros inventarios de personalidad
- 2) Análisis de los punteos de subescala de la escala sola y
- 3) Análisis de los reactivos.

En relación a la primera categoría se mencionan seis estudios:

Drude, 1972; Rentz & White, 1967; y Vincent, 1963; reportaron Análisis factorial de subescalas seleccionadas en conjunción con otros inventarios encontraron una mayor dimensión del autoconcepto el cual

fue siempre definido por las subescalas del test y por otras escalas más.

Dos de las conclusiones de Lang y Vernon (1977) al usar el TSCS y el Inventario de Personalidad de Eysenck son: 1) Como se esperaba, el ~~neurotismo~~ esta inversamente relacionado con condiciones de la autoimagen, mientras la extroversión esta positivamente correlacionado con las percepciones corporales físicas, sentimientos de valor personal y popularidad social, y 2) Los estudios de autoconcepto basados en análisis factorial fallan frecuentemente en clarificar más los "procesos perceptuales abstractos" que conducen a disturbios de los sentimientos y cogniciones de la autoimagen disfuncional. En la Universidad de Ohio, Bieliauskas y Mikesell (1972), estudiaron el autoconcepto y la Masculinidad-Feminidad a 101 estudiantes hombres del Collage. Fue administrado el test de Franck de Completamiento de dibujos y el TSCS para determinar el grado de relación del autoconcepto y la identificación sexual. Se hipotetizó que los individuos con una clara identificación sexual tienen un autoconcepto más positivo. Los resultados no apoyaron la hipótesis, porque las correlaciones no fueron significativas. Las razones fueron evaluadas, entre las cuales se menciona la ausencia de validez en el TSCS.

Finalmente, un examen de validez del TSCS fue hecha por Sabatatis (1969), el cual comparo los punteos de la escala con los juicios de clínicos experimentados, él encontro una correlación muy baja. El también experimento la dificultad de administración de la escala en sujetos psicóticos y cuestionó la factibilidad del uso de la escala en tales sujetos.

En relación a la segunda categoría Brian Bolton refiere dos artículos Gable & Cook, 1973 y Rentz & White, 1967; quienes reportan análisis factorial de 12 subescalas solas; las 8 escalas de mayor contenido definen el mayor factor. El resultado es, por supuesto, no del todo sorprendente, porque la faceta designada fuerza la dependencia experimental entre las subescalas.

Rentz y White (1967) intentaron clarificar las dimensiones del autoconcepto medidas por el TSCS, ellos concluyeron que si bien hay alguna correspondencia entre la dimensión de autoestima descrita por Fitts (1965) y el factor I (es decir, las áreas medidas en el TSCS por columna y por hilera), los usos del TSCS deberían señalar que "la dimensión de verdadero" tiene altas cantidades de este factor. El factor II, es definido por tres punteos en el TSCS: Variabilidad, autocrítica y conflicto, en cada uno de los cuales predomina su cantidad. El factor II parece ser calculado en un aspecto de la integración del conflicto del yo. Ellos concluyen que las 5 mayores dimensiones del autoconcepto en el TSCS son aspectos de solo dos factores independientes.

Un análisis empírico del TSCS fue llevado a cabo también por Pound, Hensen y Putnam (1977), ellos trataron de investigar las contribuciones del TSCS para entender los componentes del autoconcepto. Un factor de análisis alfa fue empleado para examinar la independencia de las subescalas. Se concluyó que un importante factor general explica la mayoría de la varianza dentro de las subescalas; que el factor general esta representado por un factor de autoestima. La implicación hecha fue que mucha información acerca del autoconcepto puede ser obtenida de un Punteo Total como puede ser extraída de una combinación de subescalas.

Brian (1976) estudió la validación factorial del TSCS, comparando el factor estructural de 312 personas en rehabilitación por problemas emocionales. Se realizaron rotaciones obligadas de cuatro grupos de variables las cuales representan sucesivas condensaciones de los reactivos. Brian llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) La efectividad del balance positivo y negativo de los reactivos para el control en la escala es cuestionable;
- 2) Las tres facetas diseñadas de la escala interactúan con dimensiones de las respuestas examinadas.
- 3) La estructura factorial de respuestas examinadas de los reactivos no es generalmente consistente con los diseños racionales de los instrumentos.

El análisis metodológico del TSCS de los autores anteriores coincide en tres puntos básicos:

- a) Por medio del análisis factorial se ha encontrado generalmente un factor global de autoestima, siendo la dimensión verdadera la que contiene grandes cantidades de este factor.
- b) Hace falta delimitar más las subescalas, ya que se miden aspectos generales del Yo. Es decir, la validez de la prueba ha sido cuestionada.
- c) Existe contradicción en los hallazgos metodológicos, para algunos proporciona aspectos generales del autoconcepto, refiriéndose a que no hay especificidad en subescalas cuando se aplica en pacientes psiquiátricos o de patología severa, mientras que para otros la especificidad de las áreas no es cuestionada.

En resumen consideramos que las investigaciones presentadas nos proporcionan datos relevantes sobre la importancia de el autoconcepto como medida de salud y enfermedad mental.

El trabajo de investigación exige considerar los diversos factores bio-psico-sociales que influyen sobre la percepción del individuo de sí mismo. En el caso de personas con alteraciones emocionales importantes, el trabajo interdisciplinario es básico.

Nuevas investigaciones sobre validez y confiabilidad incluyendo la estandarización de la prueba en nuestro País serán importantes para la sustentación de futuros hallazgos teóricos.

M E T O D O L O G I A

CAPITULO 6 : METODOLOGIA.

Esta investigación es un intento por conocer que sucede con el autoconcepto del esquizofrénico, es decir, que áreas del mismo se ven modificadas con el tratamiento farmacológico frecuente.

En la actualidad con el desarrollo tecnológico en psicofarmacología poco se piensa en la situación emocional del paciente, poco se sabe de él y de lo que él piensa acerca de sí mismo. Los intentos fallidos de las instituciones psiquiátricas por dar soluciones adecuadas a las necesidades del paciente se ven limitadas por la carencia de programas terapéuticos integrales, lo cual provoca la evaluación parcial acerca de la efectividad de dichos tratamientos.

En relación a la investigación utilizando psicoterapia en esquizofrénicos, a nivel individual y de grupo no ha habido hallazgos consistentes y significativos (Booritanmer et al, 1966 y Fairweather, 1963). En estos estudios no se especifican factores tan importantes como: fármaco utilizado, dosis, diagnóstico empleado, tipo de psicoterapia (enfoque teórico) tanto en la forma individual como en la de grupo, número de sesiones, etc. (Luborsky et al, 1971 -citado por Freedman y Kaplan 1984). La ausencia de estos datos hace incompleta y cuestionable sus conclusiones, su propósito básico es demostrar la eficacia de los fármacos y cuestionar el empleo de psicoterapia, los argumentos que exponen no pretenden dar apertura a otras formas de tratamiento para que estos sean más integrales, lo que pretenden es mantener una concepción biologista acerca de la esquizofrenia.

Conocer al paciente resulta imprescindible para cualquier tratamiento que pretenda ayudarlo, conocer como se autodescribe a sí mismo y ante los demás es necesario en tanto esto permite analizar los factores que determinan por que se vive de tal forma.

6.1 OBJETIVO GENERAL.

La investigación que presentamos forma parte de un grupo de proyectos dirigidos por el Dr. Federico Puente (1982) como responsable de la Investigación clínica por parte del Instituto Mexicano de Psiquiatría. El proyecto general se denomina: "Programa de Supervisión preventiva del estado de salud de Esquizofrénicos tratados con neurolépticos de acción prolongada", cuyos objetivos son:

- a) Establecer un programa terapéutico con medicamentos de acción prolongada en pacientes agudos de la consulta externa y,
- b) Establecer el grado de efectividad de los medicamentos utilizados.

6.2 OBJETIVO ESPECIFICO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El objetivo es conocer si existen cambios en el autoconcepto en un grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y la posible modificación de este como resultado del tratamiento con dosis de mantenimiento con neurolépticos de acción prolongada durante el primero, quinto y noveno mes.

Este grupo de pacientes acedían al servicio de consulta externa

del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la S.S.A. durante el año de 1992.

6.3 HIPOTESIS PLANTEADAS.

Hipótesis Conceptual.

"Existe en el esquizofrénico un autoconcepto desintegrado debido a la falta de aceptación (autoestima) y conocimiento de sí mismo. El tratamiento farmacológico sólo NO influirá positivamente sobre el autoconcepto en las mediciones realizadas durante el primero, quinto y noveno mes, esto debido a la falta de un tratamiento más integral (psidoterapia y psicofármacos) que incida directamente sobre él mismo".

Hipótesis Estadísticas.

A continuación se describen las hipótesis nulas las cuales se busca aceptar, a cada una de éstas corresponde una alterna, la cual no se enunciará:

Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autocrítica del paciente esquizofrénico en el primero quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.

Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total P (P+N) del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.

Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de Identidad del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.

- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el punteo de autosatisfacción del paciente esquizofrénico en el -- primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el punteo de Conducta del paciente esquizofrénico en el primero, - quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el Yo físico del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el Yo ético-moral del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el Yo personal del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el Yo familiar del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el Yo social del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el punteo de Varianza del paciente esquizofrénico en el primero, - quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.
- Ho.- No hay diferencias estadísticamente significativas en el punteo de Conflicto total del paciente esquizofrénico en el primero, quinto y noveno mes de tratamiento con neurolépticos.

6.4 SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra estuvo constituida por pacientes de consulta externa que tuviesen el diagnóstico de esquizofrenia y que llenaran los requisitos de los criterios de inclusión que a continuación se mencionan:

- 1.- Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al criterio para investigación de Feighner (ver cap. de esquizofrenia).
- 2.- Ausencia de sintomatología aguda que determine una actitud de renuencia por parte del paciente hacia la medicación neuroléptica y el requerimiento consecuente de dosis elevadas de dichos medicamentos.
- 3.- Ausencia de síndrome orgánico cerebral.
- 4.- Ausencia de farmacodependencia y/o psicosis tóxica como diagnóstico primario.
- 5.- Edad entre 20 y 60 años.
- 6.- Sin antecedentes de enfermedad física severa.
- 7.- Lugar de residencia área metropolitana.

El proceso de selección de la muestra se llevó a cabo durante tres meses, el equipo de selección lo conformaron : 2 psiquiatras y 1 psicólogo, el personal pertenecía tanto al Hospital Fray Bernardino Alvarez como al Instituto Mexicano de Psiquiatría, quien propuso el proyecto de Investigación. Es importante señalar que la presente investigación forma parte de un grupo de proyectos dirigidos por el Dr. Federico Puente (1982) como responsable del Instituto Mexicano de Psiquiatría, algunos de los cuales tienen como -

6.5 CUADROS QUE DEFINEN LAS CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

SEXO	N inicial	N final
MUJERES	30% n= 18	33.3% n= 15
HOMBRES	70% n= 42	66.6% n= 30

ESTADO CIVIL	CASADOS	SOLTEROS	MADRE SOLTERA	DIVORC.
MUESTRA FINAL 45 SUJETOS.	13.3%	77.7%	3.3 %	2.2%
MUESTRA INICIAL 60 SUJETOS.	17.7%	80 %		

EDAD	MUJERES	HOMBRES	RANGOS DE EDAD
MUESTRA FINAL 45 SUJETOS.	11.1 % 13.6 % 8.8 %	31.1 % 28.8 % 6.6 %	20 - 30 años. 31 - 40 años. 41 - 52 años.
MUESTRA INICIAL 60 SUJETOS.	10 % 8.8 %	46.6 % 11.6 %	20 - 30 años. 31 - 40 años. 41 - 52 años.

ESCOLARIDAD	PRIMARIA completa/ incompleta.	SEC. Com/ Inc.	Prepa o Voca C/I	Tec- nica. C/I	Profesio- nal. C/I
MUESTRA FINAL 45 SUJETOS.	46.6 %	8.8 %	17.7 %	8.8 %	11.1%
MUESTRA INICIAL 60 SUJETOS.	38.3 %	13.3%	22.2%		

LABORAL	TRABAJO REMUNERADO	TRABAJO EL HOGAR	DESEMPLEADO
MUESTRA FINAL 45 SUJETOS.	42.2 %	15.5 %	42.2 %
MUESTRA INICIAL 60 SUJETOS.	48.8 %	22.2 %	60 %

Los cuadros anteriores muestran claramente que la situación de los pacientes esquizofrénicos a nivel laboral y escolar es compleja, así como la posibilidad de establecer relaciones - de pareja satisfactorias y permanentes.

Se señalan en los cuadros la Muestra final es decir, los sujetos que terminaron los 9 meses de tratamiento y por tanto fueron considerados dentro del análisis estadístico.

La muestra inicial la constituyeron 60 pacientes de los cuales 15 fueron excluidos en distintos meses. Para el proyecto original "Programa preventivo con neurolépticos de acción prolongada", se consideraron ocho motivos por los que el paciente interrumpía su tratamiento:

1. Se ignora.
2. Deserción por iniciativa del propio paciente.
3. Deserción por cambio de domicilio.
4. El familiar se opuso al tratamiento.
5. Exclusión por intolerancia al medicamento.
6. Exclusión por deterioro (por exacerbación de la sintomatología).

7. Exclusión por riesgo de suicidio, y

8. Exclusión porque no corresponde al diagnóstico.

A continuación se representa la relación de los pacientes excluidos:

MOTIVO DE EXCLUSION	No.	Medicamento
DESERCIÓN	1	Pimozide.
CAMBIO DE DOMIC.	2	Siqualine y Haloperidol D.
INTOLERENCIA	2	Siqualine.
	2	Pipotiazina.
	1	Pimozide.
DETERIORO	1	Siqualine.
	1	Haloperidol D.
	3	Pipotiazina.
	2	Pimozide.
	<hr/>	
	15	

Como se puede observar la principal causa de deserción es el deterioro por la exacerbación de la sintomatología y pacientes que recibían el piportil (pipotiazina). Estos datos no fueron manejados estadísticamente por lo que no interfieren en los resultados encontrados.

6.6 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Se utilizó un Diseño de un solo grupo, antes y después. Para nuestros fines de investigación se consideró al tratamiento farmacológico con neurolépticos como la Variable Independiente y la Dependiente a la medición del autoconcepto. De igual forma la distribución aleatoria de los 60 pacientes en 4 grupos correspondientes a cada uno de los neurolépticos resulta poco relevante para nuestros planteamientos conceptuales, ya que dicha distribución obedece a otra investigación conexas que pretende encontrar diferencias de efectividad entre los neurolépticos.

Los 60 pacientes antes de iniciar la investigación recibían solamente tratamiento neuroléptico tradicional y se busco conocer la eficacia y bondad de los neurolépticos de acción prolongada que tiene como ventajas: el que se le administra solo una vez al mes, su administración es intramuscular, lo que asegura que el paciente efectivamente asimila o consume la medicina.

6.7 INSTRUMENTOS.

Fue utilizada la escala Tennessee de Autoconcepto realizada por Williams Fitts (1969), la escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. La escala se autoadministra y se aplica a grupos. Puede usarse con sujetos de 14 o más años que puedan leer. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas sino también a pacientes psicóticos. La mayoría de

Los sujetos toman de 10 a 20 minutos para contestar la escala. La escala está disponible en dos formas: La forma para consulta psicológica y la forma Clínica o de Investigación, la diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles. La forma para consulta psicológica es apropiada para la autointerpretación y para comentarla en la entrevista con el sujeto. La forma clínica es más compleja en su análisis e interpretación y no es apropiada para autointerpretarse y comentarse con el sujeto.

En el desarrollo de la escala de Tennessee, Pitts y Hammer - (1969) afirman que el autoconcepto puede ser subdividido en dos áreas distintas que reflejan la estructura de referencia de cualquier individuo. Estas dos áreas son llamados Marcos de referencia "Interno" y "Externo". Un marco interno de referencia indica como la persona se describe a sí misma mientras que un marco de referencia externo indica como la persona utiliza las fuentes externas para describirse a sí mismo. El marco interno esta subdividido en tres áreas distintas y separadas: 1) Identidad, 2) Autosatisfacción y 3) Conducta. El marco de referencia externo esta subdividido en 5 áreas distintas: Yo físico, Yo ético-moral, yo personal, yo social y yo familiar.

Existen además 10 reactivos que miden la capacidad de autocrítica. La escala es un instrumento objetivo del tipo de Likert, el cual produce una puntuación en 3 dimensiones internas y 5 externas, así como una puntuación total de autoestima. Los reactivos fueron clasificados de acuerdo a un sistema fenomenológico, de un número muy grande de afirmaciones autodescriptivas.

Los punteos de variabilidad total, distribución y conflicto total serán utilizados en la presente investigación ; la V. Total representa el total de variabilidad de una área de autopercepción a otra; el punteo total D indica la seguridad de como se percibe uno a sí mismo; el punteo total de conflicto reflejan respuestas conflictivas a reactivos positivos y negativos dentro de la misma área de la autopercepción. La forma empleada será la Clínica y de Investigación sin incluir de esta los punteos verdadero-falso y el conflicto neto, de la forma psicológica no serán empleados los punteos de variabilidad por columna y por hilera, así como los punteos de distribución de las cinco opciones de respuesta, sólo el total de Distribución.

6.8 DESARROLLO DE LA ESCALA.

El autor empezó a desarrollar el trabajo con la escala en el Departamento de Salud Mental de Tennessee en 1955. El propósito fue desarrollar un instrumento de investigación que tal vez contribuyera al difícil problema de criterio en la investigación de salud mental. El primer paso para el desarrollo original de la escala fue compilar una fuente grande de reactivos autodescriptivos, dados por pacientes y no pacientes, así como de otros estudios de autoconcepto. Posteriormente se desarrolló un sistema fenomenológico el cual fué desarrollado para clasificar los reactivos en base a lo que las personas decían de sí mismas. Los reactivos fueron divididos en dos dimensiones o áreas del autoconcepto, el esquema empleado fue de 3 5 en la hoja de puntajes. Esta parte de la escala contiene 90 reactivos, igualmente divididos en positivos y negativos. Los restantes 10 fueron comprendidos en una escala de autocrítica.

La validez de contenido de los reactivos fue hecha por siete psicólogos clínicos empleados como jueces, quienes clasificaron los reactivos de acuerdo al esquema de 3 5 señalado. Ellos juzgaron los reactivos como si fuesen en contenido positivos o negativos. Los 90 reactivos finales que se utilizaron en la escala son aquellos en los que los jueces estuvieron en completo acuerdo.

El grupo de estandarización del cual fueron desarrolladas las normas fue una muestra de 626 personas. La muestra incluía personas de varias partes de la ciudad, el rango de edad fue de 12 a 68 años. Los sujetos eran de distintos niveles socio-económicos, su educación mínima era de sexto año.

6.9 VALIDEZ DE LA ESCALA.

Los procedimientos de validez son de cuatro clases: I) Validez de contenido, II) Discriminación entre grupos, III) Correlación con otras medidas de personalidad, y IV) Cambios de la personalidad bajo otras condiciones particulares.

I. Validez de contenido.- El propósito aquí había sido asegurar que el sistema de clasificación utilizado para los punteos de hileras y punteos por columna es seguro.

II. Discriminación entre grupos.- Las teorías de la personalidad y la investigación sugieren que los grupos los cuales difieren en dimensiones psicológicas verdaderas deben diferir también en el auto-concepto. Por ej. nosotros esperamos diferencias entre pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos. Una aproximación para validación ha sido determinar como difieren las escalas de tales grupos.

III. Correlación con otras medidas.- Se han realizado correlaciones con otras pruebas como el M.M.P.I., el Inventario de preferencias personales de Edwards.

IV. Cambios en la personalidad bajo condiciones particulares.- Se han encontrado resultados positivos al aplicar la escala de Tennessee antes y después de tratamientos psicoterapéuticos, observándose una mejoría en el autoconcepto.

6. IO ESCENARIO.

Se utilizó uno de los consultorios de la consulta externa del Hospital Fray Bernardino Alvarez, en el cual siempre se realizaban las aplicaciones de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, estas se llevaban a cabo únicamente con el paciente. Cuando asistía a su cita al hospital era siempre acompañado por un familiar, el psiquiatra realizaba su entrevista médica y posteriormente les aplicábamos el cuestionario.

6. II PROCEDIMIENTO.

Durante los tres primeros meses de 1982, se llevó a cabo la revisión de expedientes de los pacientes que asistían a la consulta externa, el trabajo de selección resultó muy difícil, se revisaron más de 10 000 expedientes en este lapso de tiempo. A pesar de que el rango de edad de 20 a 60 años establecido en el criterio de inclusión era amplio la labor se dificultó ya que muchos presentaban psicopatología múltiple y otros se resistían a asistir mensualmente al Hospital, etc..

Previamente a los días de consulta se revisaban los expedientes tomando como base el criterio de inclusión, el día de la consulta se entrevistaba al paciente con sus familiares, se corroboraba el -

diagnóstico, el estado presente de sintomatología, las dosis seguidas, el lugar de residencia. El paciente era entrevistado por el psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social, con el objeto de confirmar si reunía los requisitos necesarios. En la entrevista con el paciente y sus familiares se les planteaba la posibilidad de ser incluidos en un programa preventivo con medicamentos de larga duración o en el caso de el pimozide un medicamento utilizado en tratamientos de larga duración con una acción corta. Se les indicaba que sería necesario que se presentaran mensualmente a su cita con el objeto de evaluar el estado emocional del paciente. Se les explicaba también la posibilidad de que el paciente fuera incluido en un grupo de pacientes quienes recibirían mensualmente visitas domiciliarias por la trabajadora social, la cual evaluaría el estado de salud del paciente (realizaba también la aplicación de cuestionarios sintomatológicos), sólo asistirían al Hospital en el primer, quinto y noveno mes con el objeto de evaluación psiquiátrica y aplicación de un cuestionario por parte del psicólogo. Si el paciente y los familiares aceptaban comprometerse a las consultas mensuales eran incluidos dentro del programa.

Cuando se obtuvo el número fijado para la muestra (60), se procedió a distribuirlos al azar en los cuatro grupos indicados de cada medicamento (Haloperidol decanoato, flufenazina decanoato, palmitato de pipotiazina y pimozide), quedando constituidos 4 grupos de 15 personas, las primeras 30 asistirían a la consulta externa del Hospital mensualmente durante 9 meses, mientras que los otros 30 restantes serían visitados por la trabajadora social y solo asistirían al inicio del tratamiento, al quinto mes y al final al noveno mes.

6. 12 TRATAMIENTO ESTADISTICO.

En la presente investigación los datos obtenidos representan las tres mediciones llevadas a cabo en el primer, quinto y noveno mes de los 45 sujetos que concluyeron el tratamiento con neurolépticos. El método estadístico que nos permite analizar nuestros datos con mayor precisión es el Análisis de Varianza Correlacional, las razones que sustentan lo anterior son:

- 1) La medición pretest y las dos mediciones posttest implican que para lograr los objetivos de hipótesis en relación a que no existen diferencias significativas entre las tres mediciones, sería necesario en caso de utilizar los contrastes "Z" o "t" que se tendrían que realizar comparaciones del mes 1 con 5, 1 con 9 y 5 con 9. La limitación más importante de este análisis sería que se prescindiría del hecho de que las submuestras pertenecen a un conjunto, lo cual impide tomar en cuenta la interacción de tales elementos entre sí. El Análisis de Varianza Correlacional supera esta limitación ya que permite comparar los 3 meses o mediciones entre sí.
- 2) El Análisis de varianza Correlacional debe su nombre a que los sujetos son sus propios controles, ya que en las mediciones - posttest son a los mismos sujetos. En el análisis de varianza simple y en el factorial la condición básica de los diseños es que los grupos, sujetos y observaciones sean independientes, además de que los sujetos son asignados aleatoriamente y por definición no se espera correlación entre los grupos, salvo - las variables incluidas en el diseño. Es por esto que a nuestra

muestra se le aplicó un método estadístico que se adecuó al tipo de diseño de investigación, lo que permitió disminución del error entre sujetos. Este tipo de análisis de varianza - correlacional, permite conocer si existen diferencias significativas entre los sujetos y entre las mediciones realizadas, ya que se calculan las varianzas de las columnas y los renglones. Lo anterior se obtiene al restar la varianza residual (Suma de cuadrados de los errores) a los cuadrados - medios, lo cual permite disminuir la varianza sistemática y lograr una mayor precisión en los valores F.

El análisis de varianza para datos correlacionados se obtiene de la manera siguientes:

1.- La suma total de cuadrados (SC_t), el factor de Corrección (C) se obtiene de las sumas de las puntuaciones brutas de las distintas mediciones al cuadrado y dividido entre (N):

$$C = \left(\frac{\sum X^2}{N} \right)$$

La suma de las desviaciones elevadas al cuadrado se restan del - factor de corrección (C):

$$SC = \sum X^2 - C \quad \text{ó} \quad SC_t = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}$$

2.- La Varianza entre filas se obtiene de la suma de los puntajes por cada sujeto por fila. Cada puntaje de sumas se eleva al cuadrado y la suma total de los mismos se divide entre el número de mediciones (tratamientos) y se le resta el factor de corrección:

$$SC = \frac{\sum X_1^2 + \sum X_2^2 + \sum X_3^2 + \sum X_4^2 \dots}{k} - \frac{(\sum X)^2}{N} \quad \text{ó} \quad SC_f = \frac{\sum (\sum X)^2}{k} - \frac{\sum X^2}{N}$$

3.- La varianza entre columnas se obtiene al elevar al cuadrado las sumas de X por columna. Las sumas por columnas al cuadrado se suman y se dividen entre el número de sujetos y se le resta el factor de corrección:

$$SC_c = \frac{(\sum X_a)^2 + (\sum X_b)^2 + \dots - (\sum X)^2}{n} \quad \text{o} \quad SC_c = \frac{(\sum X_i)^2}{n} - \frac{(\sum X)^2}{N}$$

4.- La varianza residual también llamada suma de cuadrados de los errores (SC_e) se obtiene de restar a la suma total de cuadrados la suma de cuadrados por filas y por columnas, la varianza residual es una combinación de los efectos de la interacción y de los errores:

$$SC_e = SC_t - (SC_f + SC_c)$$

5.- Los cuadrados medios que se especifican en la tabla final del análisis de varianza se obtienen de dividir la suma de cuadrados de fila entre los grados de libertad (filas menos 1), asimismo la SC se divide entre los grados de libertad por columna.

6.- En relación a la obtención de los grados de libertad Kerlinger (1985) dice: "Los grados de libertad entre filas son el número de filas, menos uno. Los grados de libertad residuales, a semejanza de los grados de libertad de la interacción en el análisis factorial de la varianza, se calculan al multiplicar los grados de libertad entre columnas, por los grados de libertad entre filas, o se restan los grados de libertad entre columnas y entre filas, de los grados de libertad totales" (16).

7.- Es importante tener en cuenta para los datos que se presentan en la parte de resultados, para fines de aceptación o rechazo de las hipótesis de esta investigación, que la varianza entre Columnas o factor B es el dato relevante, aunque las tablas incluyen la varianza entre filas o factor A cuyo análisis será retomado -

(16) Kerlinger F.N. (1985). Investigación del Comportamiento. México Ed. Nueva Editorial Interamericana, pp.199 y 200.

más adelante.

8. La significancia de las razones F , se interpretan mediante la tabla de la distribución de Snedecor.

C A P I T U L O 7

R E S U L T A D O S

CAPITULO 7 : RESULTADOS

Los datos obtenidos a través del análisis de varianza comprenden el marco de referencia interno y externo del autoconcepto así como los punteos de Conflicto Total, Varianza Total, Total P y Autocrítica mencionados por W. Fitts.

El análisis de varianza correlacional señala la interacción de los 45 sujetos que conforman la muestra en los tres meses de medición, es decir antes del tratamiento farmacológico o primer mes, y durante el quinto y noveno mes. Cada área del autoconcepto es analizada, las tablas que muestran los resultados indican la aceptación o rechazo de hipótesis.

La fuente de la variación que se describe en las tablas se refiere a la variación por fila, columna y error, esto significa que el análisis por columna o Factor B es de un sujeto a otro en los tres meses de medición, el análisis por fila o Factor A, se refiere a la comparación del mismo sujeto en los tres meses. El análisis de varianza permite mediciones globales por filas y columnas, lo cuál es útil para la aceptación o rechazo de hipótesis.

En esta investigación las hipótesis planteadas tratan de establecer que no existirán diferencias significativas de la primera aplicación (antes del tratamiento) y después en el quinto y noveno mes. En este caso el análisis de varianza a través del análisis por columna o Factor B, nos señala la confirmación o rechazo de las hipótesis planteadas, este análisis también nos permite observar si existen diferencias significativas entre los sujetos en cada mes.

A continuación se exponen los datos obtenidos mediante el -- análisis de varianza de cada una de las áreas investigadas en el Test de Autoconcepto de Tennessee. Se presentan las tablas fina-- les del análisis de varianza, con los resultados por cada área -- del autoconcepto, enunciando la aceptación o rechazo de la hipó-- tesis según sea el caso. Posteriormente se presenta una tabla to-- tal de Resultados, con las medias, percentiles y puntuaciones T - de los 45 sujetos en cada área del autoconcepto, así como en cada mes (Tabla 13). Finalmente se presenta el perfil de Tennessee con los datos de las medias en el primero, quinto y noveno mes.

RESULTADOS

TABLA I

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUTOCRITICA CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A					
Fila (Sujetos)	44	7498.4	170.4	4.6 ⁺	<0.01
Factor B					
Columna (mediciones)	2	190.7	95.35	2.5	> 0.05 n.s.
Error	88	3251.3	36.94		
Total	135	10940.4			

+ + Significación de la razón F al nivel = 0.01
n.s. = no significativo

HIPOTESIS No. 1

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en el punteo de autocrítica, por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA 2

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA TOTAL POSITIVO CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A					
Fila (Sujetos)	44	131 036	2 978.1	3.09**	<.01
Factor B					
Columna (mediciones)	2	15 326.6	7 663.1	7.97**	<.01
Error	88	84 598.7	961.34		
Total	135	230 961.7			

HIPOTESIS No. 2

En la tabla se observa que el factor mediciones si produjo diferencias significativas en el puntaje total positivo, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 3

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DEL YO FISICO CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A					
Fila (Sujetos)	44	7 576.1	172.18	2.24**	<.01
Factor B					
Columna (mediciones)	2	176.9	88.45	1.15	>.05 n.s.
Error	88	6 747.6	76.67		
Total	135	14 500.6			

HIPOTESIS No. 3

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en la escala del yo físico, por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA 4

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DEL YO ETICO-MORAL CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	7 358.6	167.24	2.97* *	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	953.52	476.76	8.49* *	<.01
Error	88	4 941.1	56.14		
Total	135	13 253.2			

HIPOTESIS No. 4

En la tabla se observa que el factor mediciones sí produjo diferencias significativas en la escala del Yo ético-moral (CB), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 5

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DEL YO PERSONAL CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	10 061.4	228.6	3.69* *	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	1 914.3	957.15	15.47* *	<.01
Error	88	5 443.1	61.85		
Total	135	12 794.8			

HIPOTESIS No. 5

En la tabla se observa que el factor mediciones sí produjo diferencias significativas en la escala del Yo personal (CC), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 6

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DEL YO FAMILIAR CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A					
Fila (Sujetos)	44	7 551.1	171.6	1.62	> .05n.s.
Factor B					
Columna (mediciones)	2	190.12	95.06	.90	> .05n.s.
Error	88	9 273.78	105.38		
Total	135	17 015			

HIPOTESIS No. 6

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en la escala del Yo Familiar (CD), por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA 7

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DEL YO SOCIAL CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A					
Fila (Sujetos)	44	8 458.5	192.2	2.75**	< .01
Factor B					
Columna (mediciones)	2	405.14	202.57	2.90	> .05 n.s.
Error	88	6 146.86	69.85		
Total	135	15 010.5			

HIPOTESIS No. 7

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en la escala del yo social (CE), por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA 8

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE IDENTIDAD BASICA CON EL ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	23 113.03	525.29	3.14 ^{††}	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	9 143.21	4 571.60	27.36 ^{††}	<.01
Error	88	14 702.13	167.06		
Total	135	46 958.37			

HIPOTESIS No. 8

En la tabla se observa que el factor mediciones sí produjo diferencias significativas en la escala de identidad básica (I-B, Hilera I), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 9

DATOS OBTENIDOS DE LA ESCALA DE AUTOSATISFACCION CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	17 956.9	408.1	2.31 ^{††}	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	17 934	89.67	0.50	> .05 n.s.
Error	88	15 538.5	176.5		
Total	135	33 674.74			

HIPOTESIS No. 9

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en la escala de autosatisfacción (A-S Hilera 2), por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA 10

DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE CONDUCTA CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	20 454.6	464.8	2.45**	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	2 192.4	1 096.2	5.79**	<.01
Error	88	16 650.8	189.21		
Total	135	39 297.8			

HIPOTESIS No. 10

En la tabla se observa que el factor mediciones sí produjo diferencias significativas en la escala de conducta (C, Hilera 3), -- por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 11

DATOS OBTENIDOS EN EL PUNTEO DE CONFLICTO TOTAL CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	39 764.4	903.7	2.07**	<.01
Factor B Columna (mediciones)	2	4 809	2 404.5	5.51**	<.01
Error	88	38 399.4	436.3		
Total	135	82 972.8			

HIPOTESIS No. 11

En la tabla se observa que el factor mediciones sí produjo diferencias significativas en el punteo de conflicto total (CT), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 12

DATOS OBTENIDOS EN EL PUNTEO DE VARINZA TOTAL CON EL ANALISIS DE VARIANZA.

Fuente de la variación.	Grados de libertad.	Suma de cuadrados.	Cuadrados medios.	F	P
Factor A Fila (Sujetos)	44	19 626.2	446.05	2.37 ^{**}	<.01
Factor B Columna(mediciones)	2	699.9	349.95	1.86	>.05n.s.
Error	88	16 552.7	188.09		
Total	135	36 878.8			

HIPOTESIS No. 12

En la tabla se observa que el factor mediciones no produjo diferencias significativas en el punteo de Varianza Total (VT), por lo que se acepta la hipótesis nula.

En la TABLA I3 describimos las puntuaciones de :

-- las medias de los sujetos.

-- los percentiles y

-- las puntuaciones T.

El objetivo de anotar los percentiles se basa en las referencias que en el manual de Tennessee realiza W. Fitts para señalar las puntuaciones bajas o altas en las áreas del autoconcepto, el autor utiliza por tanto estas puntuaciones para analizar los resultados.

Las puntuaciones T permiten la ubicación en general en la hoja de perfil y complementa las puntuaciones brutas obtenidas por las medias.

En la tabla observamos como las hipótesis que si cambiaron significativamente en el marco de referencia externo son solo 2 y 3 áreas del autoconcepto no variaron significativamente en sus puntuaciones. La inalterabilidad de las mismas señala que son áreas fuertemente ligadas a la esquizofrenia, como por ejemplo el yo físico y el yo familiar. En forma general también se puede mencionar que el paciente esquizofrénico no utiliza adecuadamente las fuentes externas para describirse a sí mismo y sí las internas por efecto del tratamiento farmacológico.

Las puntuaciones T y los percentiles muestran claramente los bajos puntajes obtenidos, a pesar de las diferencias significativas en algunas áreas el conflicto alto se mantiene en su gran mayoría, siendo las puntuaciones en la hoja de perfil bajas.

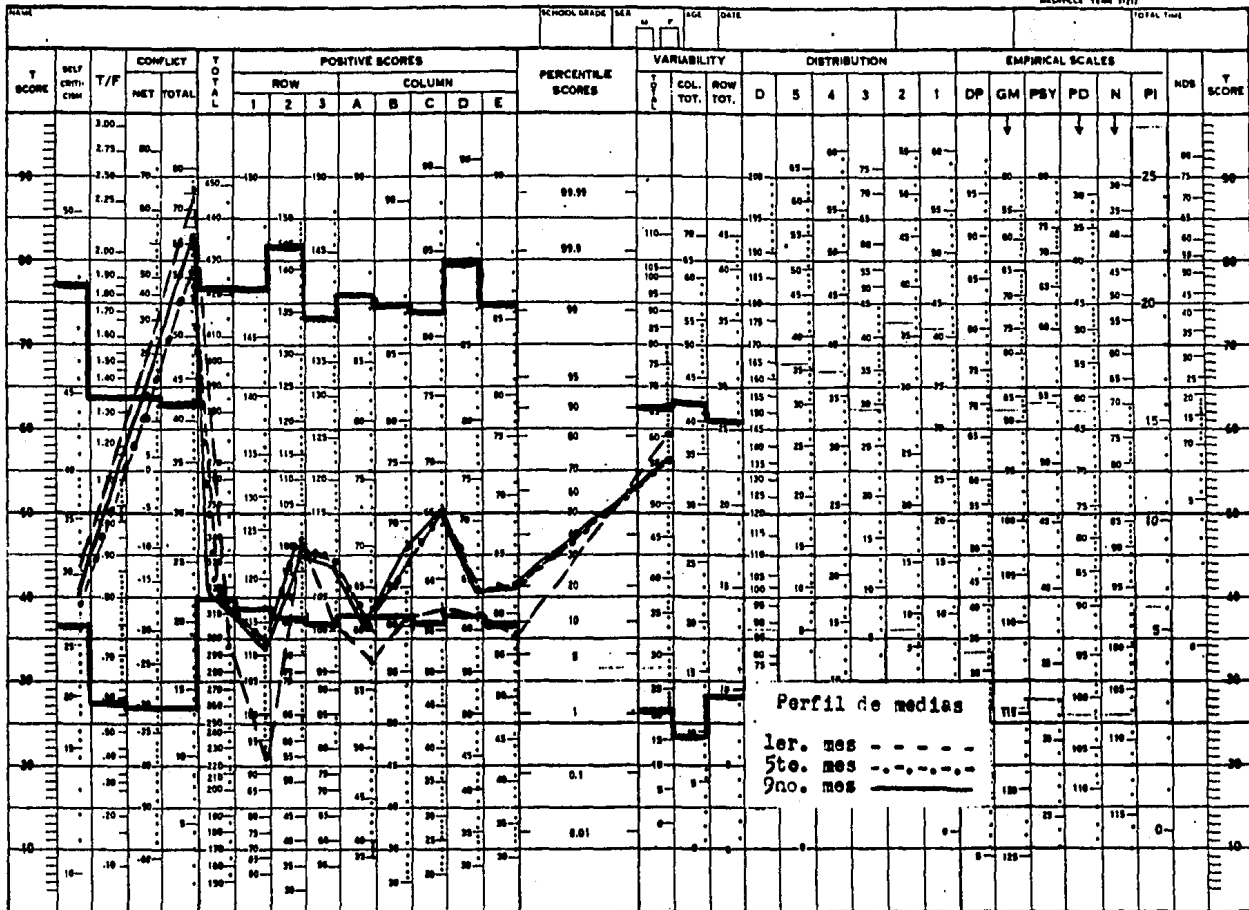
TABLA 13

PUNTAJES OBTENIDOS POR PACIENTES ESQUIZOFRENICOS EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE EN LOS TRES MESES DE MEDICION Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ESTADISTICO, VALORES F DE EL FACTOR B POR COLUMNA PARA LA ACEPTACION O RECHAZO DE HIPOTESIS.

ESCALA	A-C	T-P	YO FIS.	YO MOR.	YO PER.	YO FAM.	YO SOC.	I-B	A-S	C	C-T	V-T	
PRIMER MES	PUNTAJES T.	43	34	32	37	38	37	36	22	27	37	89	59
	X	30.7	296	57.9	61.6	57.1	61.2	57.9	92.4	101	101	70.6	60.2
	PERCENTIL	26	6	4	10	13	29	7	0.3	38	10	99.9	83
QUINTO MES	PUNTAJES T.	39	40	36	44	51	41	41	34	46	44	78	57
	X	28	317	60.5	66.6	65.8	63.4	62.2	112	100	109	56.4	55.1
	PERCENTIL	15	18	9	28	52	40	21	7	34	28	99.7	73
NOVENO MES	PUNTAJES T.	42	40	37	46	50	40	42	34	44	43	84	56
	X	28.3	319	60.2	67.8	65.4	63.9	62.1	111	98.9	108	60.4	55.7
	PERCENTIL.	16	19	12	35	52	15	20	6	36	26	99.9	73
VALOR F	2.5	7.9*	1.1	8.4*	15.4*	0.9	2.9	27.3*	0.5	5.7*	5.5*	1.86	
HIPOTESIS ACEPTADA	n.s Ho		n.s Ho			n.s Ho	n.s Ho		n.s Ho			n.s Ho	

* Significación de la razón F al nivel = 0.01

n.s. = no significativo.



PROFILE LIMITS
UP 16 7 29 44 10 11 24 13 17 10 24 11 17
DOWN 29 9 24 17 9 24 13 17 12 24 20 40
0 14 20 6 34 19 24 34 14 20 14 22 9 - 19
0 29 12 10 24 29 16 30 17 34 21 17 14 13

C A P I T U L O 8

D I S C U S I O N

D E

R E S U L T A D O S

CAPITULO 8 : DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

El objetivo principal de esta investigación fue conocer si existen diferencias significativas en el autoconcepto de pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos durante 9 meses de tratamiento.

A continuación se presenta el análisis de resultados el cual se realizó de la manera siguiente:

- 1.- Se realiza un análisis por escalas del autoconcepto del test de Tennessee que incluye las escalas por columnas (Marco de referencia externo); escalas por hileras (Marco de referencia interno) y punteos de Autocrítica, Total P, Varianza Total y Conflicto Total.
- 2.- Con el objeto de lograr mayor información se señalan las medias de las puntuaciones obtenidas en cada escala en el primero, quinto y noveno mes.
- 3.- Se señalan los valores de F (Factor B ó Mediciones) obtenidos mediante el Análisis de varianza y su significancia.
- 4.- Se mencionan los límites normales referidos en el manual de Tennessee, con el propósito de situar las medias de las escalas por mes y considerar si las puntuaciones son altas, bajas o tienden hacia la media percentilar.
- 5.- Se interpretan los resultados en función de tres factores; lo que mide cada escala, los aspectos teóricos de investigación y las teorías del Yo y del Sí mismo.
- 6.- Se enuncia la aceptación o rechazo de hipótesis, teniendo presente que las hipótesis de investigan plantean que no existen

diferencias significativas en las mediciones realizadas, es decir, la hipótesis nula es la esperada.

1) ESCALA DE AUTOCRITICA.

No se observan diferencias significativas entre las mediciones realizadas en los tres meses. Las medias de las puntuaciones son: en el primer mes de 30.7; en el quinto de 28 y en el noveno de -- 28.3. El límite inferior en la hoja de perfil es de 27 y el superior de 43. La razón F obtenida es de 2.5, lo cual indica que no es significativo, ya que es menor al .05 por lo que se acepta la hipótesis nula.

Las puntuaciones obtenidas se encuentran alrededor del límite inferior lo cual significa que los pacientes presentan una actitud defensiva ante la prueba, dando una imagen socialmente aceptada y favorable de sí mismos. La falta de aceptación de aspectos negativos del sí mismo provoca conflicto y contradicción en el autoconcepto.

En pacientes alcohólicos tampoco se observan diferencias significativas en esta área que mide la actitud ante la prueba, en donde después de un tratamiento integral de rehabilitación, continúan mostrándose defensivos (Favela y Nava, 1984). En el manual de Tennessee W. Fitts refiere que en pacientes esquizofrénicos es común punteos extremos altos y bajos.

2) PUNTEO TOTAL POSITIVO.

Se observan diferencias significativas entre las mediciones reali

zadas en los tres meses. Las medias de las puntuaciones son: en el primer mes 296; en el quinto de 317 y en el noveno de 319. Los límites normales son: el inferior de 318 y el superior de 421. La razón F obtenida es de 7.97 (Mediciones), lo cual indica que es significativo al .01 por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Las diferencias más importantes en las puntuaciones se dan del primero al quinto mes, ya que posteriormente tienden a estabilizarse. Las puntuaciones de las medias se encuentran situadas en el límite inferior, estos punteos bajos describen a personas que dudan de su propio valor, se ven a sí mismos como indeseables, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos e infelices, con poca confianza en sí mismos.

En estados agudos con presencia de delirios de grandeza, la sobrevaloración de sí mismo produce puntuaciones altas en el test de Tennessee, las cuales reflejan falta de defensas y patología. Los punteos total positivo proporcionan índices de autoestima, por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos esta se encuentra disminuida en forma significativa.

3) ESCALA DEL YO FISICO.

No se observaron diferencias significativas en el área del Yo físico en las mediciones realizadas. Las medias obtenidas son: en el primer mes 57.9; en el quinto de 60.5 y en el noveno de 60.2. El límite normal superior es de 88 y el inferior de 63. La razón F obtenida es de 1.15 en mediciones (Factor B), siendo menor al .05 no significativo por lo que se acepta la hipótesis nula.

Las puntuaciones obtenidas se encuentran por abajo del límite inferior y son típicas en personas con inestabilidad emocional, reacciones depresivas y en la esquizofrenia paranoide. Estas puntuaciones también reflejan el sentirse enfermos, rechazan su apariencia física, y devalúan sus habilidades motoras. Existe rechazo también hacia su sexualidad y su propio cuerpo.

El paciente esquizofrénico se describe como enfermo, lo que refleja conflicto en el área del yo físico, sintiéndose ansioso, confuso e inseguro.

Para el análisis de los resultados en esta área se consideran 2 factores que podrían suponerse que contaminan los resultados:

I. Los resultados obtenidos en el yo físico no son debidos al malestar experimentado por los efectos colaterales producidos por los neurolépticos, en relación a la sensación de enfermedad y de rechazo a su propio cuerpo.

Los estudios del Dr Puente (1982) sobre los efectos colaterales producidos por los neurolépticos en este mismo grupo de pacientes esquizofrénicos, señalan que durante el primero y noveno mes los efectos son mínimos en su severidad, ya que fueron calificados de leves (en una escala de 0=ausente, 1=leve, 2=moderado y 3=intenso), por lo que no se pueden considerar causantes de las puntuaciones bajas en esta área.

Los estudios de Barabara Stevens (1973) confirman lo anterior, ella encontró que la disminución de los efectos colaterales beneficiaban el funcionamiento social; expresando la mejoría en la relación con los padres y cónyuges con disminución de la agresión. Es por esto que las puntuaciones obtenidas en el yo físico no se

deben a la influencia de los efectos colaterales de los neurolépticos.

En casos necesarios se utilizaron medicamentos llamados "Correctores" ó Antiparkinsonianos, como el akinetón y el artene, con lo que se minimizó aún más la presencia de tales efectos colaterales.

2. La medición de la sexualidad en el área del yo físico permite señalar el efecto que tienen los neurolépticos en una área de la sexualidad humana, como es la Respuesta sexual humana, en donde no se ha reportado por ningún investigador cambios importantes -- (Masters y Johnson, 1983). Por lo anterior se deduce que los resultados obtenidos no son efecto de los neurolépticos empleados en la RSH, la cual señalamos como un índice de la sexualidad que no mide el test, sin embargo resulta valioso para entender los resultados en relación al rechazo del propio cuerpo y de la propia sexualidad.

Los resultados obtenidos en el yo físico, confirman lo encontrado por Gruba y Johnson (1974), los cuales en sus estudios con esquizofrénicos midiendo el autoconcepto, encontraron que se ven a sí mismos como menos adecuados que otros, muestran disturbios en la identificación de su rol sexual y distorsión en su imagen corporal.

Muzekari; Weinman y Kreiger (1973), al investigar el autoconcepto en esquizofrénicos, también encontraron que no hubo diferencias significativas cuando se aplicó un tratamiento de autoexperiencia física, que buscaba proveer experiencias que definieran y establecieran conciencia de su cuerpo como distinto de otros y del medio

ambiente. Este último resultado señala la dificultad para lograr cambios en esta área del autoconcepto.

Allport citado por Seymour Epstein (1973), menciona que dos de los atributos del "proprium" es la conciencia del sí mismo corporal, así como la extensión del ego o de la identificación del sí mismo más allá de los límites del propio cuerpo. Para Rosenberg - el yo físico está comprendido en el sí mismo existente y tiene -- que ver con las extensiones del ego.

En el paciente esquizofrénico en el área del yo físico, no sólo - existe una imagen corporal distorsionada sino que los límites del objeto resultan confusos. Laing menciona que el sistema del falso yo invade al yo real del paciente, de manera que el yo interior - se vuelve irreal, dividido o "fantasmaticado". Los aspectos cen - trales al individuo se disgregan o dividen, Rosenber dice que en - tonces no existen objetos externos centrales que den este sentido de mismidad, a sí mismo los objetos externos periféricos se alte - ran y confunden.

4) ESCALA YO-ETICO MORAL.

Se encuentran diferencias significativas en las tres mediciones - realizadas. Las medias de las puntuaciones en el primer mes son - de 61.6; en el quinto de 66.6 y en el noveno de 67.9, siendo el - límite superior normal de 88 y el inferior de 62. La razón F obte - nido mediante el análisis de varianza es de 8.49, siendo signifi - cativo al .01 por lo que se rechaza la hipótesis nula.

La diferencia significativa se encuentra del primero al quinto mes, sólo la puntuación inicial se encuentra en el límite inferior y las otras dos se encuentran por abajo del percentil 50. Los resultados encontrados en el primer mes reflejan un autoconcepto devaluado del sí mismo ético-moral, por lo que su propia percepción infravalorada, le hace sentir inmerecedor de afecto y de acercamiento de los demás. Al inicio del tratamiento también se observa un superyo rígido, con fuertes sentimientos de culpa cuando se transgreden las normas establecidas. Las diferencias significativas del primero al quinto mes, señalan una tendencia marcada a una autopercepción de mayor valoración personal, con mayor acercamiento a los demás, la rigidez superyoica disminuye, -- así como los sentimientos de culpa constantes y la percepción de personas "malas", es decir, el conflicto en sus creencias religiosas también disminuye.

Los resultados encontrados por Hillson y Worchel (1975), al comparar a esquizofrénicos con normales y neuróticos, encontraron una evaluación de los esquizofrénicos en forma tan favorable como el de personas normales, a diferencia de su sí mismo ideal, el cual es más pobre que el de los normales y neuróticos.

Rosenberg explica que la región del autoconcepto que tiene componentes de moralidad es el sí mismo deseado. Horney (1945) indica que la idealización surge como una solución neurótica, para evitar la ansiedad o los sentimientos de devaluación. En el paciente esquizofrénico la imagen ideal es calificada por los teóricos como pobre. Los sentimientos de vergüenza y culpa surgen de la vio-

lación de la imagen moral o de la trasgresión de normas morales - internalizadas que constituyen el superyo (Rosenberg, 1979).

Laing menciona que la imagen favorable que el paciente puede dar de sí forma parte de las defensas levantadas por el sistema del - falso yo, las cuales alejan al individuo de sí mismo y de los demás. La imagen idealizada de los estados de crisis psicótica con el tratamiento farmacológico adecuado desaparece, la imagen se - vuelve pobre, reflejando ansiedad y sentimientos de devaluación, la imagen entonces se torna más real.

5) ESCALA DEL YO PERSONAL.

Se observan diferencias significativas dentro de las mediciones - realizadas, siendo las medias en el primer mes de 57.1; en el -- quinto de 65.8 y en el noveno de 65.4. Los límites normales son en el superior de 81 y el inferior de 56. La razón F obtenida mediante el análisis de varianza es de 15.4 para mediciones (Factor B) con una significancia de .01 por lo que se rechaza la hipóte - sis nula.

La media del primer mes se encuentra cerca del límite inferior, - lo cual confirma lo encontrado en la escala del yo ético-moral, es decir, los pacientes al iniciar el tratamiento se sienten inadecuados como personas, con sentimientos de devaluación. Las propias capacidades también son devaluadas, tanto intelectual como emocionalmente. Como se puede observar existe una tendencia del primero al quinto mes a valorarse más congruentemente consigo mismos posteriormente hacia el noveno mes no hay cambios importantes.

Uno de los factores que explican en parte los resultados en esta área son los estudios del Dr. F. Puente (1982), mediante la utilización de la Escala de Apreciación Psiquiátrica BPRS, en la cual encontró una ausencia de sintomatología en los 4 síndromes medidos por la escala, concluyendo que los medicamentos empleados son efectivos. Estos resultados explican una mejoría que incide en una mejor autopercepción de las propias capacidades y por consiguiente de valoración personal.

Las investigaciones de Teichman Yona y Bazzoui (1974), indican que existe una tendencia a reducir la distancia entre los niveles ideal y actual aunque no significativamente

6) ESCALA DEL YO FAMILIAR.

No se encontraron diferencias significativas entre las mediciones realizadas, las medias de las puntuaciones son: en el primer mes 61.2, en el quinto mes 63.4 y en el noveno 63.9. El límite superior normal es de 88 y el inferior de 62, siendo las puntuaciones obtenidas bajas, situadas en el límite inferior. El valor de F obtenido mediante el análisis de varianza es de 0.90 (Factor B mediciones), el cual indica que no es significativo ya que es menor al .05 por lo que se acepta la hipótesis nula.

Las investigaciones de Teichman Yona y Bazzoui (1974), en donde compararon esquizofrénicas y neuróticas en relación a la percepción de sus reacciones hacia sí mismas y el cónyuge en un nivel actual e ideal, encontraron que no hubo diferencias significati -

vas en los patrones de aceptación consigo mismas ni con la pareja. De acuerdo a los resultados de esta investigación encontramos que los tratamientos deben ir dirigidos en principio a cambios en el paciente y posteriormente a la pareja y a la familia.

Las puntuaciones obtenidas reflejan una percepción de sí mismo devaluada en relación a los miembros más cercanos del círculo familiar. Se ha postulado a la esquizofrenia como una expresión de la patología familiar existente, se ha visto también que los pacientes al salir del Hospital y volver a su medio familiar sufren recaídas, lo que señala la magnitud de la relación entre los otros (familia) y el propio sujeto. De acuerdo a Rosenberg esta percepción de sentir una familia alejada, confusa en sus afectos y en general una relación conflictiva, se mantiene porque el sistema de actitudes como estructura cognocitiva mantiene las dimensiones del autoconcepto estáticas, la percepción de sí mismo en relación a la familia depende tanto de ellos como del cambio en las dimensiones del autoconcepto. Por ejemplo: la claridad de la imagen como dimensión del autoconcepto en el área del yo familiar no es clara, sino vaga, debido a los factores que involucran su conformación.

Sullivan explica que las personificaciones del yo en los primeros años, es decir, el yo malo y el no-yo son los orígenes de lo que se denomina esquizofrenia, ya que se acompañan de estados de ansiedad intensa, por experiencias frustradas, de rechazo y desaprobación al niño.

7) ESCALA DEL YO SOCIAL.

En la escala del yo-social no se observan diferencias significativas en las mediciones realizadas. Las medias obtenidas son: para el primer mes de 57.9; para el quinto de 62.2 y el noveno de 62.1. Los límites normales son de 59 el inferior y el superior de 86. El valor de F obtenido mediante el análisis de varianza es de 2.90 (Factor B mediciones) siendo la significancia menor a .05 - por lo que se acepta la hipótesis nula.

Como se observa las puntuaciones caen en el límite inferior, alrededor del percentil 10. Estas puntuaciones señalan una percepción de sentirse inadecuados en su relación con los demás, se sienten culpables por la relación que establecen, por lo que la tendencia al aislamiento es constante.

B. Stevens (1973), con terapias de mantenimiento al disminuir los efectos colaterales observó cambios importantes a nivel de relación social. Sin embargo el Yo social como área del autoconcepto en este estudio no varió significativamente a pesar de que los pacientes se relacionan más.

Muzekari; Weinman y Kreiger (1973), observaron que el tratamiento de interacción social elevaba el nivel de autoestima en los pacientes esquizofrénicos.

Uno de los síntomas señalados en el DSM III, para el diagnóstico de esquizofrenia, es el deterioro previo a la actividad laboral de las relaciones sociales y del cuidado personal. Lo anterior señala la importancia y la posibilidad del trabajo en el área de la interacción social y como el yo social se ve afectado por la "enfermedad".

De acuerdo a la teoría de Rosenberg en el sí mismo existente una de las partes del contenido esta constituido por la identidad social, siendo las categorías sociales las que dan valor al individuo.

En los resultados obtenidos se observan sentimientos de culpa y vergüenza, en tanto el paciente no cumple con el "rol social ideal" que se espera de él.

Para Laing las relaciones sociales que el paciente tiene se vuelven al dominio del sistema del falso-yo, a través del cual el yo solo puede comunicarse con el mundo exterior compartido. La percepción distorsionada de sí mismo impulsa al individuo hacia situaciones incongruentes e inadecuadas.

8) ESCALA DE IDENTIDAD BASICA.

Se encuentran diferencias significativas en las mediciones realizadas, las medias obtenidas en las puntuaciones son: en el primer mes 92.4; en el quinto 112.4 y en el noveno de 111.4. Los límites normales son de 147 el superior y el inferior de 117. El valor F obtenido mediante el análisis de varianza es de 27.3 (Factor B mediciones) siendo significativo al nivel de .01 por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Como se puede observar la diferencia encontrada es del primero al quinto mes, e incluso posteriormente disminuye ligeramente. A pesar de que las diferencias son significativas las puntuaciones se encuentran por abajo del límite inferior, lo cual refleja por parte de los pacientes una concepción devaluada de sí mismos, enfatizando los aspectos negativos de sí mismos.

Rosenberg (1979) considera que gran parte de la identidad básica forma parte del Sí mismo presentado, es decir, el individuo muestra la imagen que le permite sentirse aprobado o rechazado, esta imagen también permite el cumplimiento de metas, objetivos y valoración personal. Existe variación en la presentación de la imagen aunque existe un sí mismo consistente que da la identidad.

9) ESCALA DE AUTOSATISFACCION.

En la escala no se encontraron diferencias significativas en las mediciones realizadas. Las medias obtenidas son: en el primer mes 101.7; en el quinto 100 y en el noveno de 98. Los límites de normalidad son de 144 el superior y el inferior de 87. El valor de F del análisis de varianza es de 0.50 (Factor B) siendo menor su significancia al .05 por lo que se acepta la hipótesis nula.

Las puntuaciones se encuentran alrededor del percentil 30, es decir, se observa una tendencia a la media de las puntuaciones brutas en el perfil.

El área del autoconcepto del sí mismo presentado incluye aspectos de la autoestima del individuo hacia sí mismo en la medida en que la imagen presentada le permite lograr la imagen que desea. Estos resultados se contradicen con los puntajes obtenidos en el Punteo total positivo en donde se observa una autoestima baja o disminuida. Consideramos que la puntuación tiende a elevarse por las puntuaciones bajas en el punteo de autocrítica. Los resultados expresan inconformidad con la forma en que el propio paciente se percibe, sin embargo mantiene una actitud de apatía y conformismo. La media del noveno mes tiende incluso a disminuir.

IO) ESCALA DE CONDUCTA.

Las mediciones realizadas señalan que si existen diferencias significativas entre las mediciones realizadas. Las medias obtenidas son: en el primer mes 101.5; en el quinto 109.5 y en el noveno de 108.9. Los límites son: el superior de 140 y el inferior de 102. El valor de F del análisis de varianza es de 5.7 (Factor B) el cual es significativo al .01 por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Como se observa la diferencia principal se encuentra del primero al quinto mes y después no varía significativamente.

Durante el primer mes es más intensa la percepción de su propia conducta como inadecuada y que no alcanza a ser como la de los demás, es decir, se encuentra por abajo de lo esperado. Esta percepción de inadecuación tiende a modificarse volviéndose ocasional. Para Rosenberg el área del sí mismo presentado incluye parte de la conducta del paciente, ya que para el logro de metas, objetivos y valores la imagen presentada conlleva la conducta real del sujeto.

II) PUNTEO DE CONFLICTO TOTAL.

Se registraron diferencias significativas en las mediciones realizadas, las medias obtenidas fueron: en el primer mes de 70.6; en el quinto de 56.4 y en el noveno de 60.4. Los límites normales en la hoja de perfil son: el superior de 42 y el inferior de 14. El valor de F es de 5.5 (Factor B) siendo significativo al .01 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Las medias están situadas en el percentil 99, lo cual indica elevadas puntuaciones. A pesar de una favorable disminución del conflicto total, del primero al quinto mes, éste se mantiene elevado lo cual indica confusión y contradicción en general respecto a la autopercepción.

W. Fitts menciona que los punteos altos son característicos de personas perturbadas aunque algunos pueden registrar punteos muy bajos. Los punteos de conflicto reflejan respuestas conflictivas a reactivos positivos y negativos dentro de la misma área de autopercepción. Estos punteos no deben confundirse con los punteos de variabilidad, que reflejan fluctuaciones de una a otra área de la autopercepción.

12) PUNTEO DE VARIANZA TOTAL.

No se encontraron diferencias significativas en las mediciones realizadas, las medias obtenidas son: en el primer mes de 60.2; en el quinto de 55.1 y en el noveno de 55.7. Los límites normales en la hoja de perfil son: el superior de 65 y el inferior de 21, las puntuaciones se encuentran situadas por arriba del percentil 70. El valor de F obtenido en el análisis de varianza es de 1.8 (Factor B) siendo la significancia menor a .05 por lo que se acepta la hipótesis nula.

La diferencia principal en las medias se obtiene del primero al quinto mes, aunque esta no es significativa, del quinto mes al noveno no existe variación importante.

Las puntuaciones elevadas en la hoja de perfil señala que el paciente esquizofrénico, varía mucho de una área a otra del autoconcepto, lo cual refleja poca unidad o integración.

Es importante diferenciar la varianza total y su significación en el Test de Tennessee, y su aspecto estadístico como punteo de escala en el análisis de varianza, en donde el grupo de pacientes mantiene puntuaciones similares aunque no significativas en sus diferencias.

Estos resultados confirman lo expresado en el capítulo sobre esquizofrenia, en donde se indica que una característica fundamental es la variabilidad impredecible o inconsistencia en estos pacientes. Las alteraciones perceptuales, cognitivas, conductuales y afectivas que presentan los esquizofrénicos promueven la variabilidad en el autoconcepto.

El análisis de los resultados presentados hace necesario retomar aspectos fundamentales de nuestro marco teórico para su mejor comprensión.

Nuestras hipótesis de investigación planteaban; ¿Existen cambios significativos en el autoconcepto del paciente esquizofrénico por efecto de los neurolépticos aplicados?. Este planteamiento surgió de cuestionamientos importantes como; ¿Si cambia significativamente el autoconcepto en que áreas lo hace y a que se deben dichos cambios? ¿Son los psicofármacos la causa o existen otros factores que causen el cambio?

Los resultados muestran que nuestra variable independiente medida

es la responsable del cambio en la percepción, sin embargo no podemos omitir ciertas condiciones y variables que creemos que tienen que ver con los resultados y que no podemos evaluar por falta de control en la investigación y porque no fueron medidas tales variables:

- Las dosis de mantenimiento con neurolépticos de acción prolongada fueron implementados con el objeto de asegurar la medicación del paciente, es decir, el control mensual con una ampolla aplicada por vía intramuscular minimiza el riesgo de recaídas. Como se ha visto por las investigaciones citadas este control favorece la seguridad de la familia hacia el paciente y probablemente al mismo paciente le da confianza el mismo tratamiento.
 - El paciente como persona marginada pertenece a la población más vulnerable por efecto de las crisis sociales, su carencia de trabajo, su mínima escolaridad y su dificultad para establecer relaciones emocionales satisfactorias y duraderas lo llevan a tener un pronóstico desfavorable. Este mismo paciente marginado socialmente por motivos de investigación clínica de pronto está sujeto a una atención mayor que la comúnmente brindada y es visto por el Psiquiatra, el Psicólogo, el trabajador social, la enfermera, etc. Su salud se vuelve prioritaria para las metas de investigación, se le invita a participar en un Programa preventivo con neurolépticos de acción prolongada la familia al igual que él se comprometen a participar.
- ¿Estas variables influyen en la mejoría de su autoconcepto?

¿La estabilización de las puntuaciones a partir del quinto mes tiene que ver con las variables antes mencionadas y lo que el paciente espera del tratamiento?

-- Lo cierto estadísticamente es que los cambios más importantes ocurren en los primeros cinco meses de tratamiento, esto indica que en este límite ya se logra el máximo efecto mejoramiento farmacológico sobre el autoconcepto y de no emplearse métodos psicoterapéuticos la estabilidad lograda en las puntuaciones es muy probable que no se mantenga sino que tienda a disminuir.

-- ¿Cómo es la autoestima de una persona sin empleo o subempleado con escolaridad limitada y con enormes dificultades para establecer una relación de pareja y de familia satisfactoria?

¿La devaluación del autoconcepto se da por estas condiciones o por padecer de esquizofrenia?

Creemos que ambas son causa y efecto a la vez de las puntuaciones bajas en el Tennessee, ya que el ser esquizofrénico sea de cualquier condición social se le devalúa y margina. El común de la gente y las mismas familias de los pacientes no saben que significa o que es lo que tiene el paciente ¿Qué es esquizofrenia? Los familiares demandan orientación, ya que en ocasiones han asistido a consulta por años y nadie les ha explicado o dicho que es lo que tiene el paciente. Si se entiende como incurable o crónica, solo genera frustración, ansiedad y apatía del paciente y sus familiares, la resignación y la confusión empiezan a conformar lo que será la relación entre el paciente y sus familiares.

La actitud del médico psiquiatra (con orientación organicista

o el psicólogo con orientación psicologista) incrementan la incertidumbre en la familia y en el paciente en relación de lo que le sucede.

-- El trabajo psicoterapéutico es y puede ser una alternativa para el tratamiento a estos pacientes. La actitud y comprensión del paciente implica tener en cuenta:

- a. Los factores sociales que inciden sobre la esquizofrenia.
- b. Cuestionar la actividad psicoterapéutica, tomando en cuenta la diferencia de clases entre el paciente y el terapeuta.
- c. Aceptar las limitaciones del trabajo psicoterapéutico y crear una actitud de apertura a tratamientos integrales para que sean aplicados en forma simultánea.

C A P I T U L O 9

C O N C L U S I O N E S

Y

S U G E R E N C I A S

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El análisis de resultados anteriormente expuesto proporciona aspectos relevantes de acuerdo a los objetivos planteados de la presente investigación que a continuación se detallan:

1.- Los principales cambios ocurridos en las escalas del marco de referencia externo e interno en donde se observan diferencias significativas son: Yo ético moral, Yo personal, Identidad básica y Conducta, estos cambios ocurren del primero al quinto mes. Del quinto mes al noveno la diferencia en la variación de las puntuaciones son mínimas, lo cual significa que la efectividad de los neurolepticos expresada en términos de mejoría en el autoconcepto muestra dos etapas: la primera, en donde las puntuaciones se incrementan significativamente y por lo tanto se observa mejoría y la segunda en donde a partir del quinto mes las puntuaciones se estabilizan. Lo anterior señala la importancia de aprovechar esta mejoría en estas áreas del autoconcepto mediante la intervención -

Psicoterapéutica ya que resulta poco probable que sin otro tipo de intervención la mejoría sea duradera y pueda traducirse en cambios reales, por lo que tenderá a disminuir con el tiempo.

2.- La actitud ante la prueba medida por el punteo de autocrítica es una medida hacia el test y no una medida específica de una área del autoconcepto. Se observa un aumento en las puntuaciones en la escala de identidad básica por parte del paciente y por consiguiente una descripción más real de quién es él, por lo que se puede pensar que hay una actitud menos defensiva para la descripción de sí mismo.

Sin embargo el punteo de autocrítica indica que se mantiene una actitud defensiva en el tratamiento que podría estar más en función de sentirse explorado externamente.

3.- Los resultados en la escala de autosatisfacción reflejan más claramente las defensas psicóticas, ya que el marco de referencia externo expresa conflicto en varias áreas (yo físico, yo personal y yo social), y por otro lado se observa contradicción al referir satisfacción con la forma en que se percibe.

La puntuación de conflicto total confirma dicha contradicción, a pesar de los cambios en este punteo se revela: confusión, contradicción y conflicto en general respecto a la autopercepción. La autoestima se ve sin cambio, encontrándose disminuida en forma importante desde un principio.

Através del test se refleja conflicto en varias áreas sin que esto sea asumido en forma consciente por el paciente, es decir, el paciente expresa por ejemplo en la escala del yo físico que se siente enfermo y así se vive, sin embargo el test no permite conocer el significado o contenido de lo que para él es estar enfermo, el resultado en la escala de autosatisfacción es probable que sea debido entonces a la no percepción o consciencia de enfermedad sin que esto modifique los conflictos existentes.

4.- De acuerdo a lo expresado por Seymour Epstein (1973), sobre la desorganización del autoconcepto cuando este es amenazado y las defensas frustradas, se observa que las áreas del autoconcepto con mayor conflicto fomentan la elevación del stress al no cubrir las necesidades del sí mismo y no poder organizar los datos de la experiencia (de interacción social). En la patología de la esquizo-

frenia dentro del marco de referencia externo las áreas más afectadas son el área del yo físico, yo social, yo familiar.

5.- En el análisis estadístico se refleja la varianza de las puntuaciones de cada sujeto através de las mediciones de los tres meses, el que exista una varianza elevada en el Factor A, significa que el sujeto puede variar en relación a él mismo en distintas mediciones. La puntuación reflejada por la varianza total por columnas (Factor B), en el análisis estadístico muestra que el concepto que los pacientes tienen de sí mismos como grupo, no difieren significativamente en las mediciones realizadas.

Estas puntuaciones de variabilidad del test y el obtenido mediante el análisis de varianza confirman el conflicto en distintas áreas del autoconcepto y por otro lado señalan que no se puede generalizar sobre la persona con esquizofrenia, ya que cada individuo presenta diferencias con otros, las cuales se verán reflejadas no sólo en un test sino en la expresión misma de la enfermedad. Los tratamientos psicoterapéuticos e interdisciplinarios deben tener presente que las diferencias individuales de raza, sexo, estado civil, escolaridad, clase social, etc., son importantes para el logro de medidas terapéuticas.

6.- Las medidas psicoterapéuticas que conciben el trabajo con el paciente para aumentar la autoestima y mejorar su autoconcepto - deberán concebir al individuo con esquizofrenia tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- a) El autoconcepto es una organización dinámica que cambia con la experiencia, el cual puede desarrollarse y mejorar por medio de diversas experiencias, particularmente a través de interacción social y de lo que significan los otros. Esto hace evidente la necesidad de satisfacer la autoestima del paciente, mejorando el sí mismo en general.
- b) En la actualidad consideramos el trabajo Interdisciplinario en el área de la salud mental como básico. La actitud de apertura a nuevas disciplinas genera el conocimiento científico y en el caso específico de tratamientos con pacientes esquizofrénicos fomento una actitud ética y una visión del hombre en el que cada profesional integra y contribuye con su labor específica. Consideramos que en investigaciones como esta, la actitud del Psicólogo debe ser de conocer las extensiones del trabajo psiquiátrico (médico psiquiatra y trabajadora social) y romper -- con una actitud tradicionalista de psicómetra. Es importante - que el psicólogo acuda al igual que la trabajadora social a la comunidad donde habita el paciente, igualmente que conozca el empleo y los efectos de la farmacoterapia, etc. Sólo de esta forma se valorará el trabajo en grupo y se mejorará el tratamiento al paciente.
- c) El trabajo con pacientes esquizofrénicos no sólo tendrá como - objetivo la percepción más real de sí mismo y de una adecuada autoestima; se debe tener presente al individuo en su totalidad, en su personalidad y en su contexto histórico social y familiar que determina y explica la patología expresada por uno de los miembros.

SUGERENCIAS

Existen varios aspectos importantes que conviene tener en cuenta para ampliar y enriquecer la información obtenida en esta investigación.

- A) A pesar de que en el Diseño de investigación no se utilizaron otro tipo de poblaciones, el estudio es el inicio en esta área del autoconcepto en esquizofrénicos. En ulteriores diseños se pueden utilizar comparaciones entre esquizofrénicos y;
- grupos controles de población normal.
 - grupos experimentales de población diagnosticada con distinta patología, por ejemplo pacientes neuróticos.
- B) Las variables no controladas características de la muestra del estudio, plantea alternativas para su control. Así se pueden comparar grupos de hombres y mujeres con esquizofrenia, para conocer las diferencias debidas al sexo. Variables como el estado civil, la escolaridad, el status socioeconómico, etc., señalan nuevas oportunidades de investigación en los aspectos de la etiología y epidemiología de la esquizofrenia.
- C) La necesidad de estudios sobre validez y la estandarización del instrumento han sido planteados en el capítulo sobre investigaciones del test de Tennessee. Para estudios de validez sería interesante considerar los ítems por diagnóstico clínico que se refieren en el Manual del test en la versión Norteamericana.
- D) El aspecto teórico del autoconcepto va estrechamente vinculado

con el instrumento utilizado, la teoría puede ampliarse también -- mediante tests o tratamientos específicos:

- Se pueden utilizar tests que midan el autoconcepto como los citados en la parte de investigaciones y contrastar los resultados obtenidos en el tennessee.
- Utilizar otras variables para buscar relaciones entre el autoconcepto y ansiedad, personalidad, estudios familiares, etc...
- Introducir trabajo psicoterapéutico o de tratamientos diversos, realizando mediciones Test-postest.

Los resultados obtenidos en la presente investigación pueden considerarse como relevantes y satisfactorios, debido a los hallazgos metodológicos y clínicos encontrados, así como el beneficio directo y real que recibieron los pacientes.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarado Soto Victor Manuel. Aportaciones a la Teoría de la Personalidad de Harry Stack Sullivan. Tesis Profesional, México Facultad de Psicología. UNAM, 1986.
- 2.- American Psychiatric Association. "Bravario DSM-III, Criterios Diagnósticos", Barcelona España, Ed. Masson, 1983.
- 3.- Arriaga G. Antonia y Rodriguez, S. Cecilia. Nivel de Adaptación de niños invidentes integrados a Escuelas regulares. Tesis Profesional, México, Facultad de Psicología. UNAM. 1984.
- 4.- Ayd, F.J. "The Depot Fluphenazines: A Reappraisal After 10 Years Clinical Experience"; American Journal of Psychiatry, 1975, May, 132:5. pp. 491-500.
- 5.- Baldessarini, J. Ross. "La Quimioterapia en Psiquiatría". México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1981.
- 6.- Ban, T.A. and Lehmann, H.W. "Myths, Theories and Treatment of Schizophrenia"; Diseases of the Nervous System, 1977, Sept. - p.p. 665-671.
- 7.- Bieliauskas V.J. and Mikesell R.H. "Masculinity-Femininity and Self-Concept"; Perceptual and Motor Skills, 1972, 34, 163-167.
- 8.- Bolton Brian, "Factorial Validity of the Tennessee Self-Concept Scale"; Psychological Reports, 1976, 39, pp. 947-954.
- 9.- Bosch García Carlos. Técnicas de investigación Documental. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1973.
- 10.- Collard J. "The main clinical classifications of neuroleptics"; Acta Psychiatric Belg., 1974, 74, (5), pp. 447-461.
- 11.- Davis, J.M. "Overview: Maintenance Therapy in Psychiatry: I Schizophrenia"; American Journal of Psychiatry, 1975, December, - 132:12. pp. 1237-1245.

- 12.- Davis, A. E., Dinitz, S., and Pasamanick, B. The prevention of hospitalizacion in schizophrenia: 5 years after an experimental program. Am. J. Orthopsychiatry, 42:375, 1972.
- 13.- Delacampagne Christian, Antipsiquiatría, una lógica de la esquizofrenia, Barcelona España, Ed. Madrágora, 1978.
- 14.- De la Fuente R.M. Psicología Médica, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1975.
- 15.- Downie. H. y Heath R. Métodos estadísticos aplicados. México,D.F. Ed. Harla, 1973.
- 16.- Erikson Erik. Infancia y Sociedad. Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1974.
- 17.- Fabela Alquicira, Alejandro y Nava Lara, Otoriel. Conciencia de Enfermedad y Autoconcepto en el Alcohólico. Tesis Profesional. México, Facultad de Psicología, U.N.A.M. 1984.
- 18.- Fallon I; Watt, D.C. and Shepheard M. "The social outcome of patients in a trial of long-term continuation therapy in schizophrenia: pimozide vs. fluphenazine"; Psychological Medicina, - 1978, 8, p.p. 265-274.
- 19.- Fenichel Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós, 1971.
- 20.- Fitts, W. "Manual for the Tennessee self concept Scale", Nashville; Counselor recording and tests, 1965.
- 21.- Freedman A.M.; Kaplan H.I., y Sadock B.J. Compendio de Psiquiatría, Barcelona España, Ed. Salvat Editores, 1984.

- 22.- Freeman Thomas, "On the Psychopathology of Schizophrenia"; J. Men Sci. Jul. 1960; 925-937.
- 23.- Freud Sigmund (1905), "Sobre Psicoterapia"; Madrid: España, Ed. Biblioteca Nueva, Tomo I Obras Completas, 1973.
- 24.- Freud Sigmund (1911), "Los dos principios del funcionamiento mental"; Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva, Obras Completas Tomo II, 1973, p.1638.
- 25.- Freud Sigmund (1923), "El yo y el ello"; Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III Obras Completas, 1973.
- 26.- Freud Sigmund (1924), "La pérdida de la realidad en la Neurosis y en la Psicosis"; Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III p.p. 2745-2746, 1973.
- 27.- Freud Sigmund (1924), "Neurosis y Psicosis"; Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III, Obras Completas, p.p. 2742-2743, 1973.
- 28.- Freud Sigmund (1940), "Compendio de Psicoanálisis"; Madrid, España Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III, Obras Completas, 1973.
- 29.- Fromm-Reichmann, Frieda. "Psicoterapia intensiva en la Esquizofrenia y en los estados depresivos"; Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós, Ediciones Hormé, 1981.
- 30.- Ginestet D, et al. "Some theoretical and practical problems raised by the methodology of long-acting neuroleptics in man"; - Therapic, 1973, 28, pp. 511-520.
- 31.- Glass, Gene & Stanley J. "Statistical Methods in Education and Psychology. E. U., Prentice-Hall. 1974.
- 32.- Grinberg I. y Grinberg R. "Identidad y Cambio. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós, 1980.

- 33.- Gruba Frank P and Johnson James E. "Contradictions within the self-concept of Schizophrenics"; Journal Clin. Psychology, - July 74; 30 (3) :253-4.
- 34.- Guarnier Enrique. Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico, México, Ed. Porrúa Haos. 1984.
- 35.- Gunderson J.G. and Mosher L.R. "The Cost of Schizophrenia"; American J. Psychiatry, September, 132: 9, 1975, p.p. 901-906.
- 36.- Haley Jay. Tácticas del Poder de Jesucristo y otros ensayos. - Buenos Aires Argentina, Ed. Tiempo Contemporáneo, 1974.
- 37.- Hall C. y Lindzey G. La Teoría del sí mismo y la Personalidad. Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1974.
- 38.- Hartmann Heinz, Ensayos sobre la Psicología del Yo. México, D.F. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1978.
- 39.- Hanze García Luz Ma. Irma. Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes; Tesis Profesional, México, Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1980.
- 40.- Hillson Joseph S. and Worchel Philip. "Self concept and defensive behavior in the maladjusted"; Journal of consulting psychology 1975, Vol. 21, No. 1, p.p. 83-88.
- 41.- Jackson D. Etiología de la Esquizofrenia, Buenos Aires Argentina, Ed. Amorrotu, 1980.
- 42.- Johnson, D.A.W. "Nuevas observaciones en la Terapia de mantenimiento con neurolépticos depot en esquizofrénicos"; British Journal Psychiatry, 1979, 135, 524-530.
- 43.- Kerlinger F. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. México D.F., Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1985.

- 44.- Kolb, L., Psiquiatría Clínica Moderna. México, D.F., Ed. Prensa Médica Mexicana, 1978.
- 45.- Laing R.D. El yo dividido, México, D.F. Ed. Fondo de Cultura - Económica, 1980.
- 46.- Lambert P.A. and Midenet J. "Long-acting neuroleptics"; Therapia, 1973, 28, p.p. 561-586.
- 47.- Lang Rudie J. and Vernon Philip E. "Dimensionality of the perceived self : The Tennessee self-concept scale"; Br. J. Soc. - Clin. Psychology, 1977, 16, p.p. 363- 371.
- 48.- Levine, J., Scooler, N. R. & Cassano G.B. "The role of depot - neuroleptics in the treatment of schizophrenic patients"; - Psychological Medicine, 1979, Vol. 9, p.p. 383-386.
- 49.- Leyva Alvarado J. A. "Psicoterapia o Psicofármacos?", Información Científica y Tecnológica, CONACYT. Julio de 1984, Vol. 6, Num. 94. p.p. 17-18.
- 50.- McCreddie, R.G. and McDonald I.M. "High Dosage Haloperidol in Chronic Schizophrenia"; British Journal Psychiatry, 1977, 131, p.p. 310-316.
- 51.- Minkowski E. La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1980.
- 52.- Muzekari L.H.; Weinman B and Kreiger P.A. "Self-experiential Treatment in chronic Schizophrenia"; Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, Vol. 157, No. 6, p.p. 420-427.
- 53.- Pérez-Rincón H. "Clasificación e indicaciones generales de las drogas con acción sobre la mente"; Semana Médica de México, Año XXVI, Vol. XCVI, Num (4)1218 Febrero 16 de 1979, p.p. 79-89.

- 54.- Pichot Pierre, "El uso de los neurolépticos en Psiquiatría"; - Psiquiatría, 1974, 4 (2) : p. 1-12 Mayo-Agosto.
- 55.- Pound R.E.; Hansen J.C. and Putnam B.A. "An Empirical Analysis of the Tennessee Self Concept Scale"; Educational and Psychological Measurement, 1977, 37, p.p. 545-551.
- 56.- Puente F. "Terapias de Mantenimiento en pacientes esquizofrénicos", Memorias de la I Reunión sobre Investigación y Enseñanza, 1982, p.p. 216-228.
- 57.- Rentz R.R. and White W.F. "Factors of Self Perception in the - Tennessee Self Concept Scale"; Perceptual and Motor Skills, - 1967, 24, 118.
- 58.- Rogers, Carl R. Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría. Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós, 1975, p.p. 409-451.
- 59.- Rosenberg, Morris. Conceiving the Self; New York, Basic books, publishers, 1970.
- 60.- Singer Erwin. Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. México D.F. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1984.
- 61.- Stevens, B.C. "Role of fluphenazine decanoate in lessing the - burden of chronic schizophrenics on the community", Psychological Medicine, 1973, 3, p.p. 141-158.
- 62.- Sullivan H.S. Estudios Clínicos de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina, Ed. Psique, 1974.
- 63.- Teichman Yona; Bazzoui Widad E. and Foa Edna B. "Changes in self perception following short-term psychiatric treatment"; J. Psychiat. Res., 1974, Vol. 10, p.p. 231-238.

- 64.- Vazquez Patricia. El autoconcepto en adolescentes hijos de madre soltera y de hogar Integrado. Tesis Profesional, México, Facultad de Psicología. U.N.A.M., 1984.
- 65.- Wallerstein Robert S. Las Nuevas Direcciones de la Psicoterapia, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1972.
- 66.- Wolberg, L.R. The Technique of Psychotherapy, New York, Grune and Stratton, 1967.