

1. Esquizofrenia Paranoide
2. - Terapéutica - Médica
3. - Rehabilitación - Hospitales



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

EL TRABAJO REMUNERADO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA EN ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES

525
PSI

T E S I S
Q U E P A R A O B T E N E R
E L T I T U L O D E
L I C E N C I A T U R A E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A :
F E R N A N D O G O M E Z M O R E N O

México, D. F. 1968

25053.08

UNAM. 18

1968



25053.08

UNAM. 18

1968

M. - 159514

Spec. 108

A mis queridos Padres,

Lic. Rafael Gómez González

Ma. Guadalupe Moreno de Gómez

A mis hermanos,

A la memoria de mi tío,

Lic. Jorge Gómez González,

Abogado ilustre, hombre recto, de

acrisolada honradez, noble y de alto

sentido humano.

T. Ps. 457

EL TRABAJO REMUNERADO COMO MEDIDA TERAPEUTICA EN ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES

INTRODUCCION

La presente tesis ha sido elaborada con el fin de que en el futuro se pongan en práctica programas similares de rehabilitación por medio del trabajo remunerado en los diversos hospitales estatales y particulares.

El gran número de enfermos mentales, la aplicación informal de terapias y la poca rehabilitación que se obtiene, principalmente en los hospitales dependientes del Gobierno, me motivó a elaborar el presente trabajo en el cual se expone un programa de rehabilitación por medio del trabajo remunerado que unido a la terapia básica puede llegar a ser de utilidad, ayudando a que el paciente salga del hospital y recobre su lugar en la sociedad, lo cual ocurre cuando está en condiciones de desempeñar un empleo en otro lugar.

Este tipo de terapia se aplica actualmente en numerosos países, principalmente en el norte de Europa y los Estados Unidos, obteniéndose gran éxito en la rehabilitación de los enfermos mentales.

La aplicación de programas de este tipo en hospitales mexicanos es factible con la colaboración conjunta del elemento humano especializado y la ayuda imprescindible de empresas privadas y Gobierno. El programa expuesto aquí, ha sido elaborado atendiendo las necesidades de nuestro medio, para así obtener los resultados esperados.

La primera parte de la tesis tiene por objeto la descripción del trastor-

no esquizofrénico. Se hace una breve historia de la evolución que ha tenido el término a través del tiempo y las diversas descripciones que se han hecho, desde 1849 - hasta llegar a los esquemas elaborados por Kraepelin, Bleuler, etc., en los cuales se basan las concepciones actuales de esquizofrenia. Posteriormente se describe la etiología y la psicopatología básica de la enfermedad, atendiendo sus principales alteraciones, asimismo la evolución y el pronóstico. Al final de la primera parte se encuentra la descripción del subtipo paranoide de la esquizofrenia.

El programa de Terapia por medio del Trabajo Remunerado que es el tema central del presente estudio se encuentra en la segunda parte, que además contiene las ventajas que reporta la aplicación de este tipo de terapia, los problemas a salvar para su realización y finalmente los resultados que se han obtenido en los últimos años en diversos países.

Se espera que el presente estudio arroje una nueva luz sobre el campo de las terapias rehabilitativas en beneficio de los enfermos mentales y que al ser llevado a la práctica resulte efectivo y de resultados inmediatos.

PRIMERA PARTE

I.- HISTORIA DE LAS PRINCIPALES CONCEPCIONES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia constituye, no solo el más común, sino uno de los pa-
acimientos menos comprendidos de los estados hospitalarios.

El cuadro clínico de la enfermedad fue observado desde hace mucho --
tiempo, aunque no se le conocía con ese nombre. En 1849 Conolly (1794-1866), ---
afirmaba que en ocasiones "las personas jóvenes presentaban un cuadro parecido a la-
melancolía sin tener conocimiento de la causa que originaba la tristeza, se vuelven -
indolentes y realizan sus actividades diarias en una forma mecánica, se vuelven apáti-
cos y el intelecto, los afectos y pasiones parecen disminuir". No fué hasta 1860 en
que Morel emplea por primera vez el término demencia precoz en el caso de un niño-
el que siempre había sido uno de los mejores alumnos de su escuela sin esforzarse en-
serlo y brúscamente se mostró serio, taciturno y prefería la soledad. Posteriormente -
presentó un estado de depresión melancólica. En forma progresiva olvidó lo aprendi-
do. Esta desorganización de la personalidad la interpretó Morel como un estaciona--
miento en el desarrollo que debe encajonarse junto con la debilidad mental entre las-
"variantes de la degeneración intelectual, física y moral" que resultan de factores he-
reditarios.

Hecker en 1871 hace una descripción de la hebefrenia, término emplea-
do con anterioridad por Kahlbaum, considerando que la hebefrenia era una enfermedad
progresiva de la pubertad y de la adolescencia.

La descripción de la catatonia que hizo Kahlbaum en 1874 constituyó otro paso en el desarrollo del concepto de demencia precoz. Este autor describía la catatonia como un estado en el cual los síntomas más sobresalientes eran la inmovilidad, el difícil cambio de posición, su aspecto supone estar absorto en la contemplación de un objeto, sin volición aparente, sin respuesta ante agentes externos y con frecuencia con una flexibilidad cérica completa. Kahlbaum interpretaba estos síntomas como el producto de una enfermedad de la estructura cerebral.

Las grandes observaciones de Kraepelin concluyeron con una excelente descripción clínica de la esquizofrenia. En 1896 este autor buscó un común denominador entre síndromes tan aparentemente diferentes como los descritos anteriormente. Agrupó diversos síntomas mentales y afirmó que todos eran manifestaciones de una sola entidad patológica que llamó demencia precoz. Al definir la demencia precoz como un síndrome preciso introdujo orden en lo que hasta entonces había sido un caos respecto a la observación y clasificación. Clasificó el trastorno en varios tipos (simple, hebefrénica, catatónica y paranoide). Tuvo la idea de que dichos síndromes clínicos provenían del mismo proceso patológico, pues tenían ciertos rasgos comunes; se iniciaban en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y evolucionaban hacia un estado similar de "demencia". Kraepelin supuso que procesos mórbidos similares eran las causas de los diversos rasgos clínicos. Pensó que dichas causas podrían ser, o una enfermedad degenerativa del cerebro, o trastornos metabólicos que producían autointoxicación. Además cualquier lesión en la célula germinal podía ser decisivo en su desarrollo. Las manifestaciones clínicas de estos procesos consistían en un debilitamiento de las reacciones emocionales y volitivas, y una desarmonía entre las reacciones volitivas, emocionales e intelectuales. Kraepelin no se interesó en el significa

do psicológico de los síntomas de la demencia precoz. Se opuso a cualquier teoría-- que intentara explicar la conducta del paciente desde un punto de vista psicológico.

Por su parte Bleuler estudió a fondo los enfermos mentales en forma individual, tratando de comprender qué era lo que los enfermos decían o hacían a través de sus síntomas; concluyó que no se puede comparar el deterioro extremo de la demencia precoz mencionado por Kraepelin, con el estado psicológico de los débiles mentales, y que por lo tanto el nombre de demencia precoz ya no resultaba satisfactorio. Además las reacciones psicológicas del enfermo hacia el medio ambiente son sumamente complicadas y definidas, diferentes por completo a las reacciones simples y elementales que son características en los débiles mentales. Bleuler pensó por lo tanto que la enfermedad no era una demencia (mente disminuída), sino un estado inarmónico de la mente en el cual coexistían al mismo tiempo las tendencias, los pensamientos y las potencialidades más contradictorias originando una división en la armonía de la personalidad. Basándose en esto no forzosamente el desenlace de la enfermedad sería un deterioro como Kraepelin afirmaba, y el diagnóstico no tenía nada que ver con la evolución del padecimiento.

En 1911 Bleuler propuso el término "esquizofrenia", y a raíz de su proposición ha existido una tendencia mayor a suplantarlo el nombre de "demencia precoz" -- por "esquizofrenia" (división de la mente), pues actualmente se considera que la falta de armonía o "división" de la mente (que es la expresión psicobiológica del organismo), así como la desintegración de la previa síntesis normal del pensamiento y la actividad son características más distintivas de la enfermedad que los complejos sintomáticos en que Kraepelin hizo hincapié.

En los tiempos de Bleuler se consideraba que toda psicosis e inclusive -

neurosis era de origen somático, y que todo síntoma mental era provocado por un tras
torno físico subyacente. Bleuler por su parte se opuso a la idea de que todas las ma
nifestaciones patológicas en la esquizofrenia eran de naturaleza funcional. Dividió -
los síntomas en primarios y secundarios. Los primeros serían la manifestación directa -
del hipotético proceso patológico somático, entre estos síntomas estarían incluidos la -
falta de cohesión en el pensamiento, las tendencias ambivalentes y opuestas que ca--
racterizan la vida afectiva del enfermo y la tendencia a reemplazar la realidad con--
la fantasía. Los síntomas secundarios, de origen psíquico según Bleuler estarían repre--
sentados por las ideas delirantes, parte de las alucinaciones, los amaneramientos, los--
síntomas musculares catatónicos y las complejas actitudes que otros autores habían lla--
mado deterioro o demencia. La terapia básica en la esquizofrenia en opinión de Bleu--
ler sería la psicoterapia, debido a que la influencia psicológica en el cuadro de dicha
enfermedad era fundamental.

Pese a que el concepto de Bleuler sobre la esquizofrenia fué más flexi--
ble y hacía uso de la psiquiatría dinámica para la explicación de la sintomatología, -
él también suponía una causa orgánica.

Meyer empezó a formular en 1906 la tesis de que la demencia precoz--
no es una sola entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se presenta
en ciertas personalidades debido a una dificultad progresiva para adaptarse, esta desa
daptación lógicamente se comprende si se toman en cuenta las experiencias y los ante
cedentes vitales del enfermo, afirmaba también que la suma de hábitos defectuosos de
reacción conduce a un deterioro de dichos hábitos.

Meyer elabora una concepción dinámica de la esquizofrenia, enfocando
la conducta desde un punto de vista natural.

Para Meyer, la reacción esquizofrénica se entiende mejor como una desorganización de los hábitos que resulta de una desadaptación progresiva que hace que el esquizofrénico en vez de encarar los problemas con una reacción decisiva, sustituye dicha acción con tendencias defectuosas e ineficaces para evitarlos. En las etapas finales, la desorganización de la personalidad hace que el paciente se aísle de la realidad. La mayoría de los síntomas son tentativas malogradas de alcanzar una nivelación y una reconstrucción.

Meyer pensaba que una constitución inferior o diversas condiciones patológicas de naturaleza física podían agregarse a las desventajas del sujeto. Excluyó toda etiología orgánica en la esquizofrenia, al no encontrar alteraciones estructurales o fisiológicas en las neuronas.

Dentro de las reacciones esquizofrénicas Meyer incluía "trastornos que se desarrollan en tipos constitucionales especiales y que se expresan en una fantasía vaga y autística, en proyecciones, pasividad, sistematización paranoide, trastornos en el lenguaje y la conducta, incongruencia en el afecto y trastornos en la capacidad de movimiento". Aunque elogiaba las descripciones de Kraepelin, no estaba de acuerdo en que el padecimiento evolucionara a un deterioro intelectual progresivo.

II.- ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA.

En la actualidad se piensa que las reacciones esquizofrénicas representan un síndrome que depende de la interacción compleja entre diversas fuerzas sociales y biológicas. Partiendo de la biografía de cada paciente es posible identificar cuáles han sido los factores más importantes para el trastorno esquizofrénico en el desarrollo de la personalidad. Como factores determinantes de la aparición de la esqui

zofrenia se encuentran las fuerzas genéticas, las diferencias cualitativas en la relación madre-lactante, la naturaleza de las transacciones y la psicodinamia posteriores en la familia y las oportunidades y causas de stress en la sociedad, durante los períodos sucesivos del desarrollo.

Se han hecho estudios con el fin de determinar el factor genético en la producción del proceso esquizofrénico. La evidencia más impresionante respecto a la influencia de este factor son los datos estadísticos de Kallmann en sus estudios extensos de gemelos. Aunque no existe una opinión unánime de los genetistas respecto a la forma exacta en que el trastorno se herede, Kallmann interpreta sus estudios como un índice de que existe una predisposición genética a la enfermedad. Tanto él como Langfeldt y Mc Coll M.G. opinan que el individuo predispuesto, posteriormente bajo la influencia de una compleja interacción de factores ambientales y constitucionales-- puede desarrollar la esquizofrenia.

Según la escuela psicoanalítica el esquizofrénico tuvo una deficiente - relación madre-lactante en los primeros períodos, puesto que la patología del enfermo sugiere un aislamiento regresivo hacia conducta emocional infantil y la dificultad de percibir la realidad. Se observa en los esquizofrénicos que durante su período de lactancia, fué deficiente o carecieron de estimulación afectiva y juegos de parte de la madre, impidiendo el desarrollo de sensaciones iniciales que establecen la percepción - del propio cuerpo y el comienzo de las actividades del ego respecto a seguridad, confianza y agresividad, con base en las cuales tienen que desplegarse las capacidades - de control de sí mismo y más tarde la capacidad de independencia autónoma.

A partir de los estudios en niños esquizofrénicos se ha postulado una - gran variedad de interacciones anormales en la familia. Los estudios de Gerard y --

Siegel apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia es consecuencia del tipo de relaciones y actitudes familiares que han precedido el desarrollo del individuo. Las transacciones familiares que se deben al choque entre las capacidades del niño (determinadas por su equipo fisiológico) y lo que sus padres esperan de él, parece tener un papel importante en el desarrollo saludable de la personalidad, y en la detención o el desarrollo inadecuado de las actitudes y las funciones del ego.

Los estudios sobre dinámica familiar parecen indicar que durante su niñez los esquizofrénicos vivieron en el seno de un grupo familiar anormal, cuyos progenitores padecían trastornos de su personalidad. La influencia de padres psicóticos, en ocasiones, opera a través de su funcionamiento como parte del ambiente temprano del niño más que a través de la herencia. Lidz encontró en sus estudios que dos terceras partes de las familias tenían un progenitor que resultó ser esquizofrénico. Tietze describió a los progenitores de 25 esquizofrénicos como perfeccionistas, dominadores. Jenkins y Glickman encontraron que las madres de niños esquizoides son típicamente perfeccionistas, con tendencia a tener una relación estrecha pero áspera con el niño esquizoide. Despert describió a las madres de niños esquizofrénicos como mujeres "agresivas, superansiosas, demasiado solícitas", y con una fuerte ambivalencia, que ella interpretó como índice de un profundo rechazo inconciente. Cercado el niño en grupos familiares conflictivos no disfruta de los períodos de interacciones personales sin conflicto, ni de los períodos de juego que le infunden seguridad personal y la capacidad de compartir y reprimir en forma efectiva los impulsos coercitivos, hostiles, agresivos y sexuales.

Con frecuencia los padres no empezaron rechazando al niño, pero el -

hecho de tratar con alguien que los hace sentir impotentes totalmente bastó para provocar el rechazo que al final manifiestan. Resulta racional y constructivo ayudar a los padres a comprender el problema que tienen entre manos. El rechazo de los padres, que los expertos en niños han señalado como un factor etiológico al considerar la situación sólo con un enfoque psicogénico, es, racional y comprensible.

La hipótesis de Bateson acerca del origen de los defectos esquizofrénicos de la comunicación, tiene su base en la transacción de "doble lazo" entre dos personas. Esta teoría considera al esquizofrénico como un sujeto fijado a uno de sus padres que en sus comentarios surge una contradicción entre lo que dice y lo que hace originando en el paciente una incapacidad para distinguir en forma adecuada cómo debe comportarse. Esta actitud "con dos mensajes opuestos a la vez" limita y confunde el desarrollo de la comunicación clara, pues la posición del progenitor carece de consistencia y a la vez restringe las experiencias sociales del paciente.

Sullivan da gran importancia a las distorsiones culturales originadas por el hogar. Estudiando las historias clínicas de sus pacientes esquizofrénicos encontró que independientemente de las influencias malignas con que topó el enfermo, ya había adquirido la propensión a tal enfermedad en la situación hogareña. Cameron está de acuerdo con este autor en que los factores interpersonales parecen ser los elementos efectivos en la situación de la esquizofrenia.

El medio familiar en opinión de diversos autores es la fuente de la irracionalidad del pensamiento en el esquizofrénico. El origen de la timidez, la sociabilidad limitada y la vida encerrada del pre-esquizofrénico, parecen radicar en los propios sentimientos de inseguridad del individuo así como en la necesidad de una po

sición de dependencia respecto a la vida de uno de los progenitores o de ambos.

Si la persona falla en su intento de adquirir habilidades sociales durante sus primeros años, limita la probabilidad de establecer relaciones emocionales con personas fuera de la familia durante la adolescencia y la edad adulta; esto, a su vez, limita la probabilidad de aumentar las destrezas personales y de aprender a distinguir valores; también limita la sensación de autonomía personal que se requiere para que la vida adulta sea efectiva desde el punto de vista social, y adaptada desde el punto de vista heterosexual.

Myerson supone que la angustia generada por las situaciones sociales — puede transformarse en reacción esquizofrénica, haciendo notar la importancia de la herencia.

La influencia de diversos factores sociales y sociopsicológicos como un ambiente familiar adverso, situaciones vitales críticas y discordia conyugal, son señalados por Bonner como precipitantes de las reacciones esquizofrénicas.

Podríamos decir que a pesar de estar reconocida la naturaleza no específica del síndrome esquizofrénico, aún diversos investigadores tratan de encontrar factores etiológicos específicos o individuales. Probablemente la formación que ha recibido el paciente, el efecto del medio, de los factores ambientales es el único factor — que desempeña siempre algún papel etiológico en la esquizofrenia, primario unas veces y subordinado otras.

III.- PSICOPATOLOGIA BASICA DE LA ESQUIZOFRENIA:

Alteraciones del Afecto: Al presentarse la enfermedad en una — forma manifiesta surge una aparente pobreza e incongruencia en el tono afectivo. El-

sentimiento o afecto se aísla de las realidades externas y se limita al propio yo. ---
Conforme avanza la enfermedad y aumenta el empobrecimiento emocional la indiferen-
cia se hace más marcada hacia los sentimientos y valores subjetivos, que para una --
persona con salud mental, hacen que la vida valga la pena de vivirse y también ha--
cia las necesidades fundamentales, como si existiera en un nivel vegetativo. La in--
congruencia se manifiesta cuando una expresión emocional no está ligada a la reali--
dad.

Otra alteración del afecto consiste en que la expresión emocional no -
está ligada a la realidad. De este modo ideas y experiencias que deberían provocar
determinada respuesta emocional, produce un sentimiento opuesto.

Las manifestaciones de afecto del esquizofrénico carecen de profundi--
dad, parecen superficiales y poco naturales.

Entre las alteraciones del afecto se encuentra ocasionalmente la hipo--
condría. Esta preocupación por el cuerpo y diversos sentimientos subjetivos aportan--
un propósito significativo para el esquizofrénico que está perdiendo el contacto con -
otras personas de su ambiente social.

Alucinaciones: Son las proyecciones de los impulsos y las expe--
riencias interiores hacia el mundo exterior en términos de imágenes perceptuales. Es--
probable que el material más importante de la vida interior del esquizofrénico tome la
vividez de las alucinaciones. El material reprimido y las tendencias mal adaptadas -
emergen creando percepciones sensoriales simbolizadas en respuesta a necesidades y --
problemas psicológicos. El enfermo no comprende el origen y el significado de sus -
alucinaciones, las acepta como reales y reacciona de acuerdo con lo que él ha acep-

tado como realidad. Es incapaz de distinguir entre experiencias subjetivas y objetivas.

En la esquizofrenia son frecuentes las alucinaciones auditivas más que de cualquier otro sentido. El enfermo escucha voces que lo acusan o lo critican, -- otras veces las percepciones auditivas proporcionan consuelo, consejo o compañía. Las alucinaciones visuales no son muy frecuentes, y se limitan a fases agudas de psicosis.

Frecuentemente las percepciones alucinatorias las identifica el enfermo como voces de personas importantes de su vida, sustituyendo dichas voces a tales personas. Las alucinaciones pueden ser tan placenteras y útiles para el enfermo que se niega a abandonarlas, constituyendo uno de los medios más importantes de que dispone para adaptarse, de modo que se ocupa más de su mundo alucinatorio que real. Las alucinaciones y las ideas delirantes colaboran al desarrollo de un mismo tema, unas -- por medio de imágenes simbólicas, otras por medio de ideas.

Cuando se inician las alucinaciones es frecuente que el enfermo se sienta inquieto y angustiado, después de un tiempo, la influencia que ejercen sobre la -- conducta del enfermo es menor.

Negativismo: Otro trastorno de la esquizofrenia está constituido por el negativismo que se puede manifestar como una perversión de la conducta en forma de antagonismo al ambiente, oposición a los deseos de los que rodean al enfermo, y en los casos más intensos mutismo, rechazo de alimentos, resistencia a deglutir y orinar. En ocasiones se presenta en el enfermo una sugestibilidad patológica, que junto con las alucinaciones parecen tener el mismo fin, es decir, disminuir los contactos angustiantes con la realidad. Para el enfermo que trata de evadirse de la realidad, el

aceptar ciegamente, siguiendo todo lo que el medio ambiente sugiere es menos angustiante que oponerse activamente a él.

Puede mostrar una obediencia automática a las órdenes verbales sin tomar una actitud crítica (ecolalia). Es posible que se concrete a imitar los movimientos de las personas que lo rodean (ecopraxia). El obedecer las sugerencias del ambiente no implica iniciativa de parte del enfermo, ni siquiera un contacto o una respuesta, con frecuencia es la expresión de una hostilidad burlona hacia el ambiente.

Entre los trastornos de la actividad, los amaneramientos y las estereotipias son importantes dentro del cuadro clínico. En general las actitudes, ademanes y acciones del esquizofrénico así como expresiones verbales parecen ininteligibles, sin embargo, la conducta caprichosa que presenta el esquizofrénico tiene un significado para él, a pesar de que el objetivo y el valor de la conducta sean absurdos para otra persona debido a la condensación y la simbolización.

La Atención y la Asociación de Ideas: El estrechamiento de la atención en el esquizofrénico resulta de las preocupaciones autísticas y de la incapacidad para fijar energía e interés a los objetos del medio ambiente. El interés y por lo tanto la atención, se enfoca a elucubraciones subjetivas y problemas internos del paciente. En ocasiones se altera la atención activa (concentración), la atención pasiva resulta menos alterada por lo que el paciente a pesar de vivir en un mundo de fantasía mantiene cierto contacto con la realidad para ciertas necesidades prácticas, sin embargo dicho contacto es enteramente inadecuado para lograr una adaptación a la sociedad.

La asociación de ideas en el esquizofrénico se acortan y se fragmentan,

se alteran de tal modo que finalmente pierden su relación lógica. Esta ausencia de secuencia lógica por lo general se presenta cuando la desorganización de la personalidad es grave, sin embargo, antes de que se desarrolle una psicosis franca se puede encontrar una falta de cohesión en los lazos asociativos del pensamiento. Conforme pasa el tiempo el enfermo tal vez hable a través de generalidades y abstracciones confusas, utiliza por lo general expresiones metafóricas y excéntricas. Lo que el enfermo expresa no logra captarlo otra persona, pero por lo general para él, si tiene significado y sentido.

Cuando las reacciones esquizofrénicas presentan una mayor desorganización, las conexiones asociativas tienden a alterarse, se vuelven incongruentes y en ocasiones son a tal grado incompletas o imperfectas, que los comentarios del paciente se vuelven fragmentarios, inconexos, ilógicos y a veces ininteligibles.

El lenguaje del enfermo se distorsiona, utilizando a veces una fraseología ceremoniosa o una "ensalada de palabras", sin estructura articulada.

La explicación a las alteraciones del pensamiento del esquizofrénico se encuentra en la gran influencia que las percepciones internas ejercen en la dirección de las asociaciones sin relación con los hechos del ambiente inmediato, es decir, con la realidad.

La pobreza de las asociaciones e ideas comunes en la esquizofrenia se debe probablemente a que el enfermo se preocupa intensamente en material cuya fuente principal está en el inconciente y también debido al estrechamiento de la atención. A estos dos hechos también pueden atribuirse los comentarios y las respuestas superficiales y vulgares del enfermo que son tan características en el diagnóstico de la esquizofrenia.

El esquizofrénico utiliza con frecuencia neologismos, que son condensaciones y simbolizaciones de complejos cargados de afecto. En su significado oculto se incluye la condensación de palabras que se refieren a personas o cosas íntimamente ligadas con el conflicto particular del enfermo.

Conciencia e Integración: En la esquizofrenia la alteración de la conciencia, de la orientación y de la memoria es poca, relativamente. Resulta difícil probar estas funciones debido a la falta de intereses.

El sentido del tiempo es anormal en el esquizofrénico, ya que son incapaces de estimar unidades de tiempo con exactitud. Las respuestas incorrectas del esquizofrénico respecto a la orientación se originan en el negativismo, en el hábito de dar respuestas triviales con objeto de evitar la realidad dolorosa o en una falta de atención que se asocia a una cierta falsificación producida por las alucinaciones y las ideas delirantes.

Es incorrecto describir al esquizofrénico como un "demente", ya que no existe en el enfermo una alteración irreparable de las funciones cognitivas e intelectuales, sin negar que el juicio o sea la capacidad para hacer inferencias conceptuales esté alterado. Más bien ha ocurrido una desorganización de la personalidad que el enfermo no logra apreciar. Además sus conceptos respecto al bienestar personal, las relaciones sociales y los propósitos también se vuelven defectuosos y poco dignos de confianza, debido a las tendencias introvertidas del paciente y la distorsión que hace de la realidad física y social a través de las ideas delirantes y las alucinaciones.

Ideas Delirantes: Por lo que respecta al contenido ideativo del enfermo, éste consiste en ideas delirantes que son grotescas y sin significado debido a -

que las satisfacciones que desea el enfermo a través de ellas están muy disfrazadas -- por su simbolismo, sin embargo, las ideas delirantes tienen un significado, son específicas y adaptadas a las necesidades y problemas psicológicos del enfermo y concuerdan con sus experiencias vitales a pesar de estar alejadas por completo de la realidad.

Al comienzo las ideas delirantes pueden no estar fijas y producir en el esquizofrénico dudas o confusión respecto a sus ideas de referencia o respecto a la hostilidad de su ambiente, posteriormente el enfermo llega al convencimiento de que sus ideas son hechos reales. El esquizofrénico hace buen uso de sus ideas delirantes para reorganizar las situaciones de su vida y controlar problemas como impulsos coercitivos, tendencias obstaculizadas, etc.

Anergía: Frecuentemente se presenta en la esquizofrenia un trastorno habitual de la actividad que se denomina anergia, y consiste en el rechazo de cualquier actividad espontánea, disminución o pérdida de la iniciativa (estado de inactividad). La energía se retira del mundo externo.

El deterioro de los hábitos de actividad se puede considerar como una pérdida del interés en el mundo real y un aislamiento del mismo, como recursos que el enfermo emplea para renunciar a un mundo al que no puede enfrentarse.

Su conducta se torna autística y regresiva, alejada de la realidad.

Mientras que el sujeto normal obtiene satisfacciones utilizando su energía en relación con el mundo real, en el esquizofrénico dicha conducta no le proporciona satisfacción. Sus intereses y tendencias se retiran cada vez más del mundo exterior.

El enfermo logra sus satisfacciones fugándose hacia la fantasía y por me

dio de una satisfacción simbólica de las tendencias e impulsos primitivos.

Impulso y Conación: Entre los síntomas importantes de la esquizofrenia están los trastornos del impulso y la conación, muchas de las actividades extrañas, inexplicables y repentinas tienen su origen en una falta de asociación e integración armoniosa entre las tendencias, los afectos y los deseos que por lo general tienen metas incompatibles y cambiantes.

Bleuler consideró como un síntoma característico de la esquizofrenia, - la ambivalencia y lo contradictorio del impulso, de la idea y del afecto. Este concepto se basa en el principio de que el verdadero significado de un impulso, afecto o idea se encuentra en lo opuesto a lo que el enfermo expresa. Diversos psiquiatras opinan que una manifestación de ambivalencia es el rechazo conciente y la negación de la expresión de un deseo, a pesar de que indirectamente y sin reconocerlo el enfermo llega a expresarlo, utilizando la proyección bien sea en forma de ideas delirantes o de alucinaciones. La ambivalencia puede manifestarse como una unión de amor y odio, con bruscos cambios imprevisibles en el cariño y en la hostilidad los cuales a veces conducen hacia episodios compulsivos. A veces no obstante que el enfermo se resiste concientemente ante un impulso determinado lo convierte en acto. Este fenómeno crea en el enfermo la sensación de que alguien lo está controlando.

IV.- EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA:

La forma en que se inicia la enfermedad, por lo general es un proceso evolutivo gradual, (excepto en el catatónico) y puede haber una etapa transicional - "preesquizofrénica" que dura un año o dos. En esta fase no siempre existen síntomas patognomónicos de la enfermedad.

mente la atención a los observadores. Varios autores opinan que actualmente el tipo de trastorno agudo y francamente psicótico a veces desaparece sin dejar daño alguno en la personalidad. Anteriormente la definición misma de la enfermedad implicaba su naturaleza incurable y progresiva evolución. Recientemente se ha reconocido que la naturaleza episódica de una psicosis y la aparición de intervalos asintomáticos no excluyen el diagnóstico de esquizofrenia.

En ocasiones la evolución es continua y progresiva, otras veces intermitente. Lo más común es que se presenten remisiones y recaídas que tienden a minar en forma insidiosa los intereses y los hábitos.

El sexo y la edad en que se inicia el padecimiento no tiene importancia con el pronóstico, con excepción de la edad adulta en donde el pronóstico es menos favorable. De los estudios hechos por diversos autores, Fellner Lipton, entre otros, basados en exámenes con tests, se puede inferir que un cociente intelectual normal o superior tienen alguna relación con un pronóstico favorable.

Debido a lo limitado de nuestro conocimiento acerca de los factores determinantes de la esquizofrenia aguda el médico no puede predecir en determinado caso de psicosis cual será su evolución futura. Al elaborar el pronóstico el médico tendrá que tomar en cuenta, además de otros factores, los antecedentes del enfermo respecto a la capacidad para obtener satisfacción en su trabajo, en actividades de grupo y en las actividades sociales, así como los antecedentes de relaciones interpersonales constructivas.

Si la enfermedad representa el desarrollo insidioso y el desplegamiento de una personalidad esquizoide previa el pronóstico es desfavorable. El pronóstico se torna favorable, mientras la personalidad prepresicótica del enfermo haya estado mejor-

adaptada, mientras más definida haya sido la situación (factor precipitante) que originó la psicosis y mientras más rápido haya sido su inicio. Con estos rasgos es posible que se presenten curaciones espontáneas. Un retraimiento lento e insidioso tiende a conducir hacia una desorganización irreversible de la personalidad. Cada año que se prolongue la enfermedad continua, las probabilidades de recuperación disminuyen.

Si el ego se desintegró ante un stress abrumador el pronóstico es favorable. Si el ego no logró soportar las dificultades cotidianas, el pronóstico no es bueno.

Por lo que respecta al pronóstico de la esquizofrenia paranoide se puede decir que existen recuperaciones sociales * sin embargo, rara vez se pueden considerar como recuperaciones psicológicas completas, aún cuando la adaptación del paciente durante ese intervalo esté de acuerdo con la sociedad y no haya distorsiones de la realidad en respuesta a las necesidades subjetivas.

Por último diremos que la determinación del pronóstico en la esquizofrenia implica dificultades de tal magnitud, que parece casi imposible alcanzar algún grado de validez o seguridad a este respecto.

* Con esto se quiere decir que el paciente regresa a su ambiente social previo y a sus ocupaciones anteriores o a un equivalente de las mismas, pero con síntomas y signos menores como irritabilidad, timidez o superficialidad en las respuestas afectivas.

V.- EL SUBTIPO PARANOIDE DE LA ESQUIZOFRENIA.-

Las cuatro subcategorías de esquizofrenia descritas originalmente, siguen siendo de uso común, sin embargo, han surgido nuevas clasificaciones sobre base descriptiva, del curso clínico, epónima, etiológica o de la edad de inicio.

Las subdivisiones son elaboradas con fines estadísticos, terapéuticos, de pronóstico o de investigación. Existe una gran variación en el diagnóstico de las distintas instituciones. Asimismo, las subdivisiones de esquizofrenia varían en los diversos países y en las distintas escuelas psiquiátricas. También existen superposiciones y transiciones, cambios de una forma a otra en el transcurso del episodio y en ocasiones en pequeños períodos de tiempo.

Diversos psiquiatras clínicos americanos, además de aceptar las cuatro categorías principales mencionan cierto grupo no clasificado o atípico en donde están incluidos los estados esquizoafectivos, una forma depresiva, formas sintomáticas, formas cíclicas o periódicas, reacciones histéricas en un marco esquizofrénico, estados confusionales agudos, formas pseudoneuróticas y pseudopsicopáticas.

En la actualidad se describe un gran número de formas de esquizofrenia, pero como hemos dicho, la clasificación hecha por Kraepelin (catatónica, hebefrénica, paranoide y simple), sigue usándose frecuentemente.

Resulta más eficaz estudiar al paciente individualmente, valorando la patología central, los déficits de su experiencia vital y las fuerzas dinámicas que originaron la psicopatología particular que presenta el enfermo y tratar de planear un tratamiento adecuado e individual, en lugar de encajonar la sintomatología en una categoría de una difusa división.

FORMA PARANOIDE.- Los síntomas más comunes de este tipo de esquizofrenia son las ideas delirantes (que suelen ser numerosas, ilógicas y alejadas de la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y el afecto, junto con el negativismo.

Esta forma de esquizofrenia se presenta más frecuentemente a la edad de 30 a 40 años. Por lo general el tipo paranoide se muestra en forma franca en edades un poco mayores que las demás formas de esquizofrenia.

La personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por una mala relación interpersonal. Por lo general se ha mostrado frío, desconfiado y rencoroso hacia otras personas. Muchos han sido truculentos, han mostrado tendencia a reñir por causas sin importancia, aman las discusiones, y han sido despreciativos, sarcásticos y desafiantes con resentimiento ante las sugerencias o ante las autoridades.

Entre los primeros síntomas surgen las ideas de referencia. Las actitudes negativas del enfermo se vuelven más notables y comienza a interpretar la realidad en forma errónea. Por medio del desplazamiento, el enfermo comienza a expresar en acciones sus impulsos hostiles y el contacto firme con la realidad empieza a perderse. Las ideas delirantes que al inicio de la enfermedad eran infrecuentes posteriormente se vuelven numerosas y variables.

Durante las primeras etapas el carácter de las ideas delirantes con frecuencia indican cuales son las particulares necesidades psicológicas que el enfermo satisface por medio de su trastorno.

Los comentarios del enfermo en ocasiones revelan fragmentos aislados de sus problemas y preocupaciones. Las tendencias repudiadas se proyectan en forma ideas

tiva.

En la esquizofrenia paranoide son frecuentes las ideas delirantes de persecución, no raras las expansivas y aquellas que satisfacen diversos deseos, igualmente las hipocondriacas y depresivas.

Al desorganizarse progresivamente la personalidad las creencias anormales se vuelven menos lógicas. El enfermo utiliza neologismos. Dice estar sujeto a -- fuerzas mágicas y sus explicaciones se vuelven notablemente irracionales. Posteriormente la fantasía exagerada toma el valor de la realidad. Las tendencias agresivas -- reprimidas pueden aflorar súbitamente en forma de una gran explosión. Muchos enfermos de este tipo son irritables, rencorosos, desconfiados, algunos muestran una actitud hostil y agresiva, por lo cual resultan inaccesibles.

Son comunes las alucinaciones auditivas de naturaleza acusadora o amenazante.

Las respuestas afectivas se aplanan cada vez más, conforme aumenta la desorganización de la personalidad.

SEGUNDA PARTE

I.- PROYECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION POR MEDIO DEL TRABAJO REMUNERADO APLICABLE A ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES:

Un gran número de enfermos mentales conservan cierto contacto afectivo con la realidad, que debemos de mantenerlo vivo o tratar de restablecerlo, se debe evitar que el enfermo se hunda en una introversión progresiva o que desarrolle un deterioro cada vez mayor de los hábitos. Por lo general en la actualidad el número de enfermos "crónicos" permanecen en el hospital mental, hasta que al final de una vida bastante larga -y terrible-, la muerte los sacará. En cuanto al número se refiere, podemos decir que constituyen una legión, el costo de su cuidado es elevado y las pérdidas económicas y otros, de índole social por la enorme incidencia de esta enfermedad (esquizofrénicos paranoides) es desastrosa.

Ningún paciente se debe perder en la oscuridad del grupo de pacientes crónicos de una sala. Aún pacientes muy deteriorados en opinión de Baker podrán -- participar en un programa de rehabilitación. La técnica Acción Terapéutica Total fue elaborada por Myerson con el fin de ser aplicada en este tipo de enfermos. Revisando la literatura, se puede decir que los resultados más alentadores en enfermos agudos y crónicos (hasta con 17 años de hospitalización), se han obtenido con la aplicación de diversas terapias en conjunto (Total Push). La plena ocupación proporcionada a la capacidad del paciente, está indicada en los enfermos crónicos para impedir que continúe el deterioro.

Se ha dicho que el cuadro presentado por enfermos sin esperanza y cró-

nicos que se encuentran internados se debe solamente en una tercera parte a la enfermedad en sí, y dos terceras partes a una reacción ante un ambiente negativo e inapropiado.

Los pacientes incluidos en programas rehabilitativos consideran en general al hospital mental como una escuela de aprendizaje social en la que vuelven a adquirirse las capacidades y técnicas de trato social, abandonando el concepto de que se trata de un lugar en el que se encierra a los enfermos mentales para excluirlos de la vida en la sociedad.

Los antecedentes de la terapia ocupacional tradicional son ya bastante remotos y tienen poco en común con los actuales procedimientos del trabajo remunerado. En terapia ocupacional se emplean actividades de tipo mecánico principalmente, oficios y artes como pintura, alfarería, bordado, tejeduría, etc. Aunque los resultados son beneficiosos se ha observado que la aplicación indiscriminada de ocupaciones aumenta el retraimiento en el paciente, particularmente cuando el trabajo se torna rutinario y monótono, por lo que es conveniente prescribir trabajos específicos para los diversos pacientes. Dicha terapia solo trataba de fomentar en los enfermos un interés que contribuyera a calmarlos al proporcionarles algo que hacer, pero sin retribución alguna, en el trabajo remunerado la posibilidad de ganar un salario, les demuestra que pueden volver a ser ciudadanos útiles. La terapia ocupacional ha sido considerada con frecuencia como una forma de distracción y de un valor relativamente menor que la producción de material útil en la terapéutica por el trabajo. El trabajo remunerado no solo desvía al sujeto de su enfermedad y de sus problemas personales, sino que lo ayuda a recuperar sus habilidades o aprender nuevas actividades y también a proporcionar nuevos intereses en el mundo de su alrededor.

Por lo general las primeras tentativas para aprender de nuevo a trabajar las debe de hacer el paciente en el taller del hospital, con el fin de que salga del establecimiento y recobre su lugar en la sociedad. Es probable que el paciente no lo gre habituarse inicialmente al trabajo por lo que se puede utilizar el juego como pa--lanca para una mayor participación social.

Es conveniente hacer un programa sistemáticamente planeado para cada-enfermo, dicho programa debe de aproximarse lo más posible al trabajo y actividades-sociales que fueron características de la vida normal del enfermo. Bleuler señala el-hecho de que el coeficiente de correlación aumenta mientras mayor sea el interés que se ponga en que el cuidado y el tratamiento vayan de acuerdo con cada paciente en-forma individual.

Opina Meislin que uno de cada cinco pacientes dado de alta en los --hospitales mentales vuelve a regresar sufriendo en ocasiones recaídas más dramáticas -antes de haber transcurrido dos años. Entre las causas de que no se conserve la mejo-ría obtenida figuran el medio social insatisfactorio y la insuficiente preparación para -el trabajo. Indica también al igual que Jones que el taller psiquiátrico es el medio-más apropiado para preparar al paciente para las condiciones normales de vida y tra-bajo.

El programa terapéutico debe enfocarse al restablecimiento del paciente como un miembro útil a la sociedad, a la vez, debe proporcionar gratificación a cier-tas necesidades.

La terapia por medio del trabajo remunerado no constituye en sí la pa-nacea para la recuperación del enfermo, pero es sin embargo, una medida terapéutica que unida a la terapia básica (psicoterapia, terapia medicamentosa, etc.), ayudaría -

al restablecimiento del paciente. La terapéutica basada en el trabajo remunerado in cluída dentro de la Acción Terapéutica Total (total push) llamada así por Myerson -- que considera la conveniencia de emplear conjuntamente todas las formas terapéuticas posibles en cada paciente, sería de gran utilidad en la recuperación del enfermo. El acertado empleo estratégico y táctico de todas las medidas terapéuticas disponibles en variadas combinaciones es probablemente el camino más seguro.

Kavkewitz indica que los esquizofrénicos que siguen satisfactoriamente un programa de rehabilitación de seis meses son más prácticos, sociables, realistas, -- emocionalmente lábiles y concordantes con la tónica general y menos autistas, cerrados y eróticos.

Para desarrollar un programa de rehabilitación por medio del trabajo re munerado, es necesario tener en cuenta dentro del grupo de los esquizofrénicos para-- noides ciertos criterios de admisión, a continuación se enunciarán los más fundamental es:

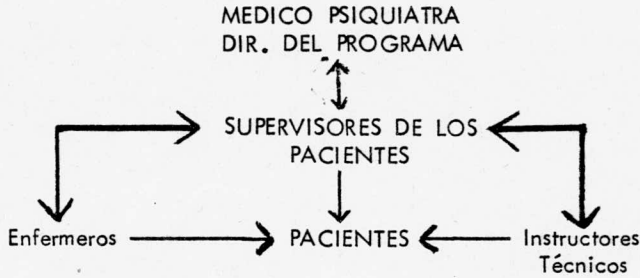
- 1.- De preferencia pacientes que hayan permanecido varios años en el hospital, con una historia clínica bastante detallada.
- 2.- Que tengan razonables probabilidades de ser dados de alta.
- 3.- Que exista en el paciente una motivación para el trabajo, asimismo, que hayan mostrado su capacidad y voluntad de trabajo efectuando servicios útiles. (tareas sencillas como limpieza y conservación del Hospital, jardinería, etc.).
- 4.- Que su edad fluctue entre los 18 y 55 años.
- 5.- Pacientes cuya agresión no sea muy activa, que tengan cierto contaco to con la realidad y que su actividad alucinatoria no sea muy marcada.

1.- Organización del Programa: La personalidad de todos aquellos con los cuales el paciente esquizofrénico entra en contacto debe de ser de consideración primordial en cualquier intento de lograr buenos resultados del tratamiento. Con frecuencia gran parte de un buen trabajo es fácilmente arruinado aún por contactos breves del paciente con personal inadecuado. En opinión de Sullivan se deben eliminar visitas de parientes y otras personas y una restricción de visitas de amigos realmente neutrales y comprensivas sobre todo durante los estados agudos de la enfermedad. Es esencial que los integrantes del personal interesado en el tratamiento esquizofrénico desarrollen un trabajo de grupo, que hayan sido capacitados en una forma intensiva y que sean informados previamente (por medio de pláticas, etc.), acerca de la labor que realizarán dentro del programa y los fines que se persiguen con su aplicación. La capacidad del personal subprofesional, como lo llama Sullivan (elemento humano) para hacer más de lo posible en favor del paciente, es producto de su personalidad establecida durante los años previos a interesarse en el cuidado de los enfermos mentales.

Es imprescindible para que exista un buen servicio en un hospital mental que el personal no solo desarrolle un trabajo de grupo inspirado por la apreciación de la importancia de factores personales en el curso del padecimiento, sino también como lo indica Sullivan, excluyendo a personas indeseables aunque bien intencionadas.

Cuando se cuenta con un grupo coordinado (elemento humano), y todos ellos con una organización de personalidad adecuada para el trato con esquizofrénicos

cos, se pueden lograr resultados que están en completo desacuerdo con el pronóstico tradicional mental pobre del esquizofrénico.



Médico Psiquiatra (Director del Programa): Su participación es imprescindible para la realización del programa. Hará la selección de los pacientes teniendo en cuenta los criterios ya mencionados y la situación individual de cada paciente, tratando de coordinar en una forma efectiva la terapia básica y el trabajo en beneficio del paciente.

Se encargará de planear el programa basándose en los medios de que dispone el hospital para llevarlo a cabo, es decir, la magnitud del taller, el número de máquinas y herramientas, material, personal debidamente capacitado para una buena supervisión, etc. Un factor importante en el desarrollo del programa consiste en una buena supervisión, por lo que sería negativo incluir un número tal de enfermos que impidiera a los enfermeros y principalmente a los supervisores llevar a cabo su labor.

El médico psiquiatra será informado constantemente por los supervisores de los resultados terapéuticos que se logren, los cuales serán estudiados y discutidos con los mismos supervisores y demás médicos del hospital para posteriormente indicar

las modificaciones que se consideren necesarias respecto al número de horas trabajadas, el tipo de trabajo, el salario, etc.

El director del programa debe de entrevistarse con directores de empresas o fábricas locales para tratar de colocar a los pacientes que logren una recuperación social y que estén en condiciones de trabajar fuera del taller.

Supervisores: Que tendrán un papel de gran importancia en el programa, serán psicólogos bien adiestrados que se encargarán de llevar un informe explícito y detallado de la actuación general de cada uno de los pacientes (en lo que se refiere al desarrollo de su trabajo y relaciones interpersonales) que se le han asignado, dicha información será entregada y discutida constantemente (cada semana, tres días, etc. según el caso) con el médico psiquiatra. Tendrá comunicación con instructores y enfermeros, con el fin de formular el informe de cada paciente, ya que tanto enfermeros como instructores tienen una relación también íntima con el paciente y pueden obtener datos y hacer observaciones que pueden pasar inadvertidas para el supervisor.

Cada supervisor llevará a cabo un control y una supervisión no muy marcada, infundiendo al paciente cierta independencia en la realización de su trabajo.

Enfermeros: Cuidarán del paciente en todos los aspectos, vigilarán la conducta en el taller, fomentarán la competencia entre los pacientes sin que surjan conflictos. Deberán infundir al paciente seguridad para que ejecute el trabajo y las responsabilidades que resulten. Deben de dar al programa un matiz de calor humano, comprensión, flexibilidad y objetividad genuinos.

Los supervisores y los enfermeros deben de poseer cualidades y experiencia en el trato con enfermos mentales. Tudor hace hincapié en la importancia de los aspectos social y psiquiátrico de los cuidados asistenciales de los pacientes. Tanto --

Bleuler como Ballard señalan la importancia de la relación entre el enfermero y el paciente, que en muchos aspectos es la figura central en el ambiente del enfermo y su importancia en la terapéutica es relativamente mayor que la de otras personas que rodean al enfermo. En ocasiones se produce una mejoría cuando el paciente entra en contacto con alguna persona de su ambiente (enfermero) que actúa como puente que le une a la realidad. Biddle refiere un caso de curación al parecer espontánea en un paciente esquizofrénico crónico regresivo y lo atribuye a la interacción del paciente con las enfermeras que se interesaba por él.

Técnicos - Instructores: Su labor consiste en adiestrar al paciente para la realización de trabajos específicos. Con empeño y paciencia tratarán de que cada uno de los pacientes llegue a realizar por sí mismo el trabajo, dedicando más atención a pacientes de aprendizaje lento o de nuevo ingreso al programa. Sería conveniente para que tuvieran una mayor aceptación de parte de los enfermos, incluir como instructores a pacientes mejorados que tengan conocimientos en determinado trabajo. Debido al contacto que tiene el paciente con el instructor, éste deberá comentar con el supervisor cualquier detalle u observación que pueda obtener, para que complete su informe.

En ocasiones varias empresas acostumbran mandar determinado número de instructores o técnicos con el fin de adiestrar a trabajadores en el manejo de máquinas, etc., en este caso dichos instructores además de las cualidades que deben poseer, deberán de ajustarse a las normas establecidas por el hospital.

2.- Jornada de Trabajo: No todos los pacientes podrán trabajar el mismo número de horas. Al iniciarse el programa los supervisores deben observar detalladamente--

el trabajo desarrollado por el enfermo y harán la más completa información (se ayudarán de la forma #1), tanto él como el médico psiquiatra determinarán la jornada de cada paciente, según la consideren adecuada. Burling considera que la jornada de trabajo puede tener la duración normal, pero Bellak opina que se debe dar al enfermo facilidades para el descanso, además como hemos dicho debe de establecerse una graduación en las horas de trabajo, porque al principio es probable que los pacientes no puedan soportar las frustraciones inherentes al trabajo más allá de 5 ó 6 horas diarias o inclusive menos. Los pacientes pueden trabajar a destajo, siempre y cuando el médico psiquiatra y el supervisor consideren que no afecta la terapia.

FORMA # 1 "Actitudes hacia el trabajo": Será un auxiliar del Supervisor para elaborar el informe sobre el desarrollo del trabajo desempeñado por el paciente. Su ayuda será más valiosa al inicio del programa, ya que señalando la actitud que muestra el paciente y que se menciona en la forma se puede observar gráficamente si existe progreso respecto al desarrollo de su trabajo, lo que se manifestará como un ascenso en la escala.

3.- Características del Taller: El local en lo que sea posible debe tener el aspecto de un taller común y corriente, puesto que el objeto del programa es volver al paciente a las condiciones normales de vida pre-hospitalaria. El local debe de estar bien iluminado, con buena ventilación, botiquín de emergencia, equipo contra incendio, salida de emergencia y demás instalaciones indispensables para un taller de este tipo. Se montará el taller con el mínimo de instrumentos, herramientas y máquinas que sean necesarias para la realización de los diversos trabajos.

4.- El Salario: La paga es un aspecto muy importante, pues es uno de los factores que intervienen para que exista la rehabilitación. Se le pagará al enfermo una cantidad previamente estipulada, que estará de acuerdo con las posibilidades del hospital, el tipo de trabajo desempeñado por el paciente, ya que en trabajos sencillos se le pagará una cantidad que aumentará cuando el trabajo aumente en dificultad, la calidad de su trabajo, la cantidad, si es que trabaja a destajo, el número de horas trabajadas, etc. Se deberán pagar los salarios corrientes.

5.- El Tipo de Trabajo: Este, se determinará tomando en cuenta la edad, el sexo, alguna experiencia antes de la enfermedad, el interés en determinado trabajo, las posibilidades del paciente para desarrollarlo, etc. Se proponen labores creativas que requieran el menor número de herramientas y en las cuales el paciente logre una satisfacción, muestre sus habilidades y le de cierto conocimiento y orgullo, además se tendrá en cuenta la seguridad física del paciente y su personalidad.

Las actividades tendrán por objeto utilizar la energía destructiva de los pacientes hiperactivos y movilizar la restringida energía de los retraídos. Se estimulará la liberación constructiva de la hostilidad y la sensación de pertenecer a un grupo de trabajo, lo que facilita la interacción social.

Los trabajos se deben revisar periódicamente y tareas de más dificultad deberán ser prescritas de acuerdo con el progreso del paciente.

Como se ha dicho anteriormente, los pacientes que integrarán el programa deben de haber manifestado su capacidad y deseo de trabajo en el desarrollo de tareas para el mantenimiento del hospital (limpieza de pisos, ventanas, ropa, utensilios de cocina, reconstrucción de muros, jardinería, etc.). Con estos antecedentes es factible que el paciente logre adaptarse al programa y beneficiarse realmente con él.

En el programa se seleccionan actividades concretas que pueden ser llevadas a la práctica inmediata preferentemente y que puedan ser factibles en su realización.

Las actividades pueden ser diversas, tomando en cuenta el tipo de material que se utilice en la producción de los productos; a base de maderas (artículos decorativos, muebles para el hogar, oficina, escuela, etc., juguetes, artículos deportivos); a base de cuero (mochilas, guantes, carteras, bolsas, zapatos, cinturones, maletas de equipaje, etc.); material hule-plástico (tapetes para diversos usos, mangueras, guantes, zapatos, vestidos lavables, pisos, etc.); fibras textiles (prendas para vestir, blancos en general - sábanas, toallas, fundas, cortinas, colchas, servilletas, etc.). Se podrían mencionar un sinnúmero de actividades, pero preferimos que la selección de las actividades sea hecha por los organizadores del programa, tomando en cuenta las características de éste y los medios de que disponen para llevarlo a cabo.

La venta de los productos es un aspecto que hay que tomar en consideración. Se podrían vender a los proveedores o directamente al público, o bien, para el propio uso de las instituciones psiquiátricas o dependencias del Gobierno, de esta manera, el dinero empleado por el Gobierno en la compra de diversos artículos (mue

bles, vestimenta, zapatos, mochilas, blancos, etc.), para el mantenimiento de los diversos hospitales y Secretarías de Estado sería invertido en otros menesteres para su buen funcionamiento y servicio.

II.- VENTAJAS QUE OFRECE LA APLICACION DE ESTE TIPO DE TERAPIA:

Cuando el paciente requiere hospitalización, su familia queda desamparada, pues el paciente frecuentemente es el único sostén. Dedicándose el paciente en el hospital a labores remuneradas lograría con el dinero obtenido ayudar económicamente a su familia, si bien, no de una manera completa, sí en una forma regular. De esta manera, aparte del beneficio que puede reportar al paciente, ayudaría indirectamente a sus familiares.

El hospital recibiría un porcentaje del dinero obtenido en la venta de los productos elaborados para su mantenimiento y continuar el programa (haciendo ampliaciones a los talleres, aumentando el número de "trabajadores" y con ello la producción, comprar el material necesario para la elaboración de los productos, etc.)

La venta de los productos elaborados despertaría el interés y la admiración del público hacia los enfermos.

La ocupación por medio del trabajo remunerado sacaría al paciente de ese ensimismamiento que lo perjudica y que aumenta el deterioro, estableciendo más contacto con su medio ambiente, es decir, la realidad. A los pacientes que nada les interesa podrían encontrar en el taller satisfacciones duraderas y provechosas, además la realización de un trabajo y la obtención de dinero les infundiría un renovado sentimiento de dignidad al saberse útiles dentro de la sociedad.

El hecho del trabajo bien remunerado le devuelve la confianza en sí mismo, y lo ayuda a encaminar sus pensamientos en dirección normal y constructiva, todo esto favorece el restablecimiento del enfermo.

Ayuda al paciente a readaptarse al medio social y a tener la capacidad para desarrollar un determinado trabajo una vez que ha salido del hospital, con la su

ficiente preparación para el trabajo, esto hace que se conserve la mejoría obtenida - que en caso contrario desaparecería ingresando de nuevo al hospital.

III.- PROBLEMAS INMEDIATOS PARA SU APLICACION:

No existen actualmente en México clínicas psiquiátricas estatales o particulares en las cuales se aplique algún tipo de terapia basada en el trabajo bien remunerado. El presupuesto que el Gobierno emplea para el cuidado y tratamiento de los enfermos mentales alcanza únicamente para cubrir necesidades de más importancia como son el alojamiento, la alimentación y los medicamentos. Se podría decir que el principal problema es el económico, sin embargo, es importante que tomemos en cuenta otros aspectos importantes para su realización.

Elemento Humano: La selección de todo el personal integrante para llevar a la práctica el programa (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, instructores técnicos, etc.), con las características ya señaladas anteriormente.

Locales Apropriados: Talleres rehabilitativos dentro de los hospitales o fuera de ellos, pero creados con el fin de ayudar al paciente en su rehabilitación. La instalación de un pequeño taller anexo al hospital sería recomendable para la aplicación de un programa que incluya pocos pacientes para poder observar más detalladamente los resultados. Posteriormente se ampliarían según las necesidades y posibilidades del hospital.

La aprobación y el apoyo del Gobierno para poner en práctica programas rehabilitativos, y financiar los gastos. La iniciativa privada y Gobierno podrían emprender el montaje de diversos talleres.

La ayuda generosa de empresas particulares para colocar a los enfermos una vez que han mostrado mejoría. Esta ayuda que es muy importante, desgraciadamente es difícil de conseguir.

El apoyo de Sindicatos: El reconocimiento de parte de estos, otorgando a los pacientes los mismos derechos que a los demás trabajadores; este reconocimiento infundiría al paciente mayor seguridad, que se vería reflejada en su restablecimiento.

Educar al público hacia una visión racional del trastorno mental. Tratar de cambiar ese prejuicio que se ha formado la gente respecto a los enfermos mentales, pues son considerados como una amenaza para la sociedad, peligrosos y agresivos, a los cuales se les rechaza y se les niega el apoyo en todos los aspectos. Este problema podría eliminarse, hasta cierto punto, con el desarrollo de un programa eficiente apoyado por agencias especializadas para la diseminación de información precisa y constructiva (por medio del cine, radio, televisión, periódicos, folletos, etc.), sobre el enfermo mental en general.

IV.- RESULTADOS ALCANZADOS EN OTROS PAISES:

El trabajo remunerado aplicado como terapéutica mental es utilizado hoy - en día en un gran número de hospitales psiquiátricos de Escandinavia, Holanda e Inglaterra, principalmente, obteniendo resultados francamente reveladores. Cada día se construyen más talleres industriales dentro de los hospitales psiquiátricos en beneficio de los enfermos mentales.

En el Hospital de psiquiatría de Glostrup en Copenhague existe un moderno taller industrial cuyo personal se compone exclusivamente de enfermos mentales, los cuales se dedican a armar pequeñas piezas de transistores de radio, trabajo que requiere máxima-paciencia, en otra sección las mujeres decoran hábilmente velas de navidad, arman cerrojos, etc. Estos pacientes gozan ahora de relativa libertad y trabajando por contrato para fábricas locales, ganaron en 1965 casi 400,000 coronas con su labor. Con el dinero obtenido compran ropa, disfrutan de algunos lujos y contribuyen al mantenimiento de sus familiares. Inclusive el capataz es un paciente como todos ellos, que ha sido elegido -- por sus camaradas.

Pacientes que antes permanecían sentados en desaseado aislamiento, ahora que tienen una ocupación frecuentan la barbería o el salón de belleza de la institución, - para mantener su buena apariencia. Y algunos casos que se consideraban incurables están incorporándose de nuevo al mundo racional, sin ser una carga para nadie.

El Dr. Kaj Arentsen, superintendente médico del hospital, se entrevista frecuentemente con los directores de las fábricas locales para hallar ocupación para sus pacientes. Estas proveen máquinas y materiales, así como también técnicos que adiestren a los - enfermos; los pacientes trabajan a destajo y los propios establecimientos les pagan una -- cantidad determinada de antemano.

Una de las primeras compañías dinamarquesas que apoyaron ese plan terapéutico fué la gran empresa Unilever, extendida por todo el mundo. Su fábrica en Sunlight, situada en Glostrup necesitaba personal para envasar y rotular jabón, y la dirección decidió hacer la prueba con pacientes del hospital como medida de beneficencia. Los pacientes desempeñaron tan bien su trabajo que la fábrica Sunlight se ha convertido en cliente constante del taller. Los sindicatos obreros de Dinamarca apoyan sin vacilar esta iniciativa de los establecimientos para enfermos mentales. Todo lo que piden es que se retribuya a los pacientes de la misma manera que a los trabajadores sindicalizados.

Es tan benéfico el sistema de Glostrup que pronto se construirá cerca del hospital y dentro de las zonas industriales, un nuevo taller y más grande. En Aarhus, otro sanatorio de psiquiatría ha iniciado la construcción de un taller para cuarenta pacientes.

El gobierno Dinamarqués tiene en proyecto once clínicas psiquiátricas en otras ciudades, que estarán provistas de instalaciones industriales.

Semejantes proyectos se llevan a cabo en otros países, principalmente en Suecia, Noruega, Holanda e Inglaterra. En Holanda en donde el proyecto está a cargo del Ministerio de Salubridad Pública y Asuntos Sociales, el plan ha alcanzado asombrosas proporciones; en 156 "talleres protegidos" cerca de 4,000 pacientes mentales se dedican a labores productivas y remuneradas.

En la Haya, el plan dirigido por el Dr. Nico Speijer, profesor de psiquiatría en la Universidad de Leyden, incluye varios talleres protegidos y en muchos aspectos sus resultados han sido bastante benéficos. El Dr. Speijer opina que los enfermos mentales suelen carecer de conciencia del deber, son olvidadizos y no se puede-

confiar en ellos, sin embargo, los que llevan a cabo labores remuneradas nunca faltan a su trabajo.

El Hospital Netherne, de Surrey (Inglaterra), adoptó el plan de trabajo remunerado en 1956. Otro ejemplo notable en Inglaterra es el Hospital Glenside cercano a Bristol.

En el Barnstead Hospital de Inglaterra, Baker menciona el trabajo que llevan a cabo 20 mujeres y 40 hombres. Los hombres hacen piezas a mano y las mujeres cajas de cartón. El salario superior al que podrían ganar en trabajos como los de limpieza, etc., les permiten ciertas comodidades y son muchos los pacientes que solicitan trabajar en la manufactura.

En Inglaterra donde se han dado grandes pasos hacia la rehabilitación de los enfermos mentales, hay aproximadamente 100 hospitales que ponen en práctica alguna forma de terapéutica basada en el trabajo remunerado.

En Estados Unidos, Bellak y otros estudian unos talleres separados que no forman parte de ningún establecimiento psiquiátrico, pero que están dedicados a la rehabilitación de enfermos mentales. Se trata de los talleres Altro de Nueva York, que están dedicados a la manufactura de vestidos lavables de algodón para el personal de hospitales. Emplean 200 personas y funcionan desde hace 40 años.

Meislin escribe sobre la necesidad de talleres psiquiátricos para la rehabilitación de los enfermos mentales. En estos talleres "los pacientes, bajo supervisión médica, encuentran un empleo remunerado", ofrecen a las personas con deficiencias físicas y mentales la oportunidad de hallar un trabajo en armonía con sus posibilidades físicas y emocionales sin que dejen de vivir en sociedad.

V.- CONCLUSIONES.

Hemos tratado de presentar un programa de rehabilitación por medio de la terapia basada en el trabajo remunerado. Si bien es cierto que existen innumerables métodos para llevar a cabo una labor terapéutica, también lo es el hecho de que los resultados que se han obtenido en el medio hospitalario en nuestro país, por lo general, son escasos.

Se le ha dado actualmente mucha importancia al tratamiento farmacológico y prácticamente se ha dejado a un lado el factor psicológico, o cuando se le ha tomado en cuenta solo ha sido como un medio auxiliar y secundario, pero no determinante. El trabajo del psicólogo clínico, ha sido hasta ahora en nuestro país, el de ayudar a realizar el diagnóstico diferencial o a cubrir los aspectos del conocimiento de la dinámica del paciente con fines didácticos más que como medios valiosos del conocimiento de la acción del médico.

Antes de pretender realizar una exposición exhaustiva de los métodos de terapia ocupacional, nos hemos limitado a considerar un método que parece factible de ser llevado a la práctica por las condiciones que parecen ser favorables en nuestro medio y diversas ventajas que exponemos en este trabajo, siendo las más significativas la ayuda al presupuesto estatal y la rehabilitación social del enfermo mental.

Las experiencias obtenidas en países que van a la vanguardia en el aspecto terapéutico, nos han dado el ánimo suficiente para intentar introducir en el medio hospitalario mexicano programas basados en este tipo de rehabilitación.

Por el factor social, hemos considerado las condiciones en que se encuentra el sujeto dado de alta, una vez obtenida su rehabilitación; con frecuencia es-

objeto de poca confianza, tanto por parte de sus familiares, como de los centros de trabajo. Aquí cabe otra consideración importante que podría llevarse junto con el programa presentado; darle trabajo de planta. De tal forma que el centro quedaría permanentemente como una organización industrial, que podría tomar los caracteres de tal y funcionar como un excelente medio psicoterapéutico. Así los sujetos dados de alta, estarían en situaciones controladas y bajo observación, situación que le proporciona seguridad, tal vez en un medio menos hostil que el que podría encontrar en otro lugar.

Se pone de manifiesto en la segunda parte de este trabajo que la aplicación de un programa por medio del trabajo remunerado puede ser útil para combatir, hasta cierto punto, dos grandes problemas actuales que se presentan en la mayoría de los hospitales mexicanos para enfermos mentales. El primer problema en nuestro modo de ver, se manifiesta en el hecho de que los resultados terapéuticos que se obtienen con la aplicación de las diversas terapias, no son del todo satisfactorios, además, de que las recaídas son frecuentes, lo que origina que el hospital se mantenga estable. — en lo que se refiere al número de pacientes, pues son los mismos durante años. Ahora bien, esto puede dar lugar a un sobrecupo y por lo tanto una atención deficiente o ser un obstáculo para el ingreso de nuevos pacientes que requieren hospitalización y cuyo número es arrollador. Con la aplicación de programas por medio del trabajo remunerado, el número de recuperaciones podría aumentar, reduciéndose el número de recaídas, pues los pacientes logran readaptarse en una forma más eficaz obteniéndose lugares para nuevos ingresos al hospital.

Se puede decir que del problema antes mencionado se desprende el segundo. El gran número de enfermos que se encuentran en los hospitales en las condi

ciones anteriormente descritas permanecen por lo general en inactividad, o realizan actividades en donde se obtiene nada o poca remuneración que recibe "íntegramente" el paciente, por lo que los gastos de mantenimiento del hospital, son cubiertos en una forma completa por el gobierno, si aquél es estatal o por el mismo hospital en caso -- de ser particular. Así pues, la inclusión de pacientes en programas basados en el trabajo remunerado, independientemente del beneficio que le pueda reportar al paciente-- en el aspecto mental, social y económico, ayudaría al hospital en su mantenimiento, cuidado y tratamiento de los pacientes con el porcentaje obtenido en la venta de los productos elaborados.

La descripción psicopatológica que de la esquizofrenia hemos presenta-- do, no ha sido con la intención de abundar en detalles, no es nuestra pretención inva-- dir aspectos médicos; únicamente ha sido con el propósito expreso de tratar de acercar-- se a comprender la dinámica del enfermo en términos psiquiátricos y nos hemos inclina-- do más por las teorías dinámicas que neurofisiológicas.

Se puede observar en la organización del programa que el trabajo prác-- ticamente ha recaído en el supervisor (psicólogo), tratando de dar énfasis en la forma-- ción requerida por éste que debe ser un humanista y un técnico. No podemos soslayar la intervención perfeccionada del elemento humano que contribuye a la realización -- del programa, tanto psiquiatras como enfermeros juegan un papel de primera impor-- tancia; los segundos pueden ser entrenados por el psicólogo y el psiquiatra haciendo -- hincapié por una excelente formación humanista, de comprensión y acercamiento.

Así pues, estamos de hecho convencidos que programas de este tipo in-- tentan reintegrar al enfermo mental a su estado original y el que le corresponde; el -- del hombre colocado en el medio social, el del hombre como individuo y el del hom-- bre como ser humano.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman Nathan W.

"Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares". Buenos Aires, - Argentina Ediciones Hormé, S.A., 1961.

Baruk Henri

"Las Terapéuticas Psiquiátricas". Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 1965.

Baruk Henri

"Psychiatrie Social". Paris, Francia Presses Universitaires de France -- Colección Que sais-je?, 1955.

Bellak Leopold

"Esquizofrenia". Barcelona, España. Editorial Herder, 1962.

Ben Krakaur

"Las Terapias Rehabilitativas". Tesis Profesional, México, D.F. ----- U.N.A.M., 1958.

Bender Lauretta - A.H. Maslow

"Trastornos Mentales y Emocionales". Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 1965.

Bosch García Carlos

"Tesis Profesional". México, D.F. Editorial Pomarca, S.A. de C.V.-- 1966.

Fenichel Otto

"Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 1964.

Frieda Fromm - Reichmann

"Principios de Psicoterapia Intensiva". Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 1958.

Frieda Fromm - Reichmann

"La Psicoterapia y el Psicoanálisis". Buenos Aires, Argentina Ediciones Hormé, S.A., 1961.

Lawrence M. Brammer - Everett L. Shostrom

"Psicología Terapéutica". México, D.F. Herrero Hermanos, Sucesores, S.A. 1961.

Noyes P. Arthur

"Psiquiatría Clínica Moderna". México, D.F. La Prensa Médica Mexicana, 1966.

Podolsky Edward

"Enciclopedia de las Aberraciones". Buenos Aires, Argentina Editorial-Psique, 1959.

Sullivan Stack, Harry

"La Esquizofrenia como un Proceso Humano". México, D.F. Editorial-Herrero Hnos., S.A., 1964.

Sullivan Stack, Harry

"Concepciones de la Psiquiatría Moderna". Buenos Aires, Argentina Editorial Psique, 1959.

INDICE

	Pág.
Introducción .	
PRIMERA PARTE.	1
I.- Historia de las Principales Concepciones sobre la Esquizofrenia.	1
II.- Etiología de la Esquizofrenia.	5
III.- Psicopatología Básica de la Esquizofrenia.	9
IV.- Evolución y Pronóstico de la Esquizofrenia.	16
V.- El subtipo Paranoide de la Esquizofrenia.	20
SEGUNDA PARTE.	23
I.- Proyecto de un Programa de Rehabilitación por Medio del Trabajo Remunerado aplicable a Esquizofrénicos Paranoides.	23
1.- Organización del Programa.	27
2.- Jornada de Trabajo .	30
3.- Características del taller.	33
4.- Salario.	33
5.- Tipo de Trabajo.	33
II.- Ventajas que ofrece la aplicación de este tipo de terapia.	36
III.- Problemas inmediatos para su aplicación.	38
IV.- Resultados alcanzados en otros países.	40
V.- Conclusiones.	43
Bibliografía .	46



ESTA TESIS SE IMPRIMIO EN JULIO DE 1968
EMPLEANDO EL SISTEMA DE REPRODUCCION
XEROX-OFFSET EN LOS TALLERES DE
IMPRESOS OFFSALI-G, S. A., MIER Y PESADO 349-A
Y AV. COLONIA DEL VALLE 531 COL. DEL VALLE
MEXICO 12, D. F. TELS. 23-21-05 Y 23-03-33