



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

400282



61060

LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

PO1250/96
Ej. 1

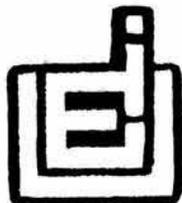
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LIC. EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

GORGONIO CARLOS GOMEZ GUZMAN





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.

A DIOS:

POR SER LA ESPERANZA QUE

CADA SER HUMANO LLEVA

DENTRO DE SÍ MISMO.

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO 1

INVESTIGACIONES DE LA ESQUIZOFRENIA

1.1. Investigaciones de la esquizofrenia.....	7
1.2. Investigación genética.....	7
1.3. Investigación bioquímica.....	10
1.4. Investigación biológica.....	13
1.5. Investigación de estructura y dinámica familiar.....	18
1.6. Investigación psicológica.....	24

CAPÍTULO 2

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DEL CONCEPTO

DE LA ESQUIZOFRENIA

2.1. Consideraciones históricas del concepto de la esquizofrenia.....	29
2.2. Concepto de la esquizofrenia.....	30

CAPÍTULO 3

LA ESQUIZOFRENIA EN LA PSIQUIATRIA

3.1	La esquizofrenia en la psiquiatría.....	40
3.2	Definición de la esquizofrenia.....	41
3.3	Características de la esquizofrenia.....	44
3.4	Tipos de esquizofrenia y tratamientos.....	49
3.5	Fármacos utilizados en la esquizofrenia.....	57

CAPÍTULO 4

LA PSICOTERAPIA

4.1	La psicoterapia.....	70
4.2	Definición de psicoterapia.....	71
4.3	Historia de la psicoterapia en la esquizofrenia.....	78

CAPÍTULO 5

LA PSICOTERAPIA EN LA ESQUIZOFRENIA

5.1	La psicoterapia en la esquizofrenia.....	88
5.2	Harry Stack Sullivan.....	89
5.3	Frieda Fromm-Reichann.....	105
5.4	Silvano Arieti.....	117

CAPÍTULO 6

PROPUESTA PSICOTERAPEUTICA

6.1	Propuesta psicoterapeutica.....	137
6.2	Características del psicólogo para un mejor tratamiento de la esquizofrenia.....	138
6.3	Características de la esquizofrenia que el psicólogo debe tener en cuenta para un diagnóstico adecuado.....	141
6.4	Características de personalidad del paciente.....	144
6.5	Características sociales del paciente esquizofrenico...	145
6.6	Intervención terapeutica.....	148
	6.6.1 Recomendacion para una mejor psicoterapia.....	148
	6.6.2 Logros principales en la psicoterapia.....	149
6.7	Puntos importantes en el tratamiento.....	153
	6.7.1 Ansiedad.....	153
	6.7.2 Seguridad.....	156
	6.7.3 Afectividad.....	157
	6.7.4 Relaciones interpersonales.....	158
	6.7.5 Fármacos.....	160

CONCLUSIONES.....162

BIBLIOGRAFIA.....165

R E S U M E N

La tesis en primer lugar proporciona una descripción teórica sobre la esquizofrenia, considerando las investigaciones genéticas, bioquímicas, biológicas, familiares y psicológicas: asimismo, se revisan las consideraciones históricas del concepto de esquizofrenia. Posteriormente se analiza la esquizofrenia desde el punto de vista psiquiátrico destacando su contenido, causas, manifestaciones y tratamiento.

En segundo lugar se destaca la importancia de la psicoterapia tanto en su definición como los diferentes autores que utilizan un tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia.

Por último, para incidir adecuadamente tanto el curso como en el contenido de la esquizofrenia, se analizan los escritos de Harry S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann y Silvano Areti. Con el objetivo de proponer una alternativa psicoterapéutica para pacientes con esquizofrenia.

I N T R O D U C C I Ó N

La esquizofrenia es uno de los mayores problemas de salud pública y se compone de las catástrofes privadas e individualmente únicas de sus víctimas.

A pesar de los grandes e indiscutibles progresos en su tratamiento, continúa siendo la Esquizofrenia, la que proporciona el mayor número de ingreso a los hospitales y las estancias para enfermos mentales del mundo. Según Richter (1975), en todos los países civilizados aproximadamente por cada 5 camas psiquiátricas una está ocupada por un esquizofrénico. Actualmente la proporción sigue siendo la misma. Además, miles de esquizofrénicos reciben consulta externa y un considerable número de enfermos constituyen una gran proporción de vagabundos, limosneros, prostitutas, ladrones, criminales; otros son catalogados como ermitaños o excéntricos.

Típicamente, el trastorno alcanza a las personas jóvenes -entre las edades de 18 y 28-. Con frecuencia los mutila de por vida: -el esquizofrénico que entra en un hospital estatal no tiene

muchas oportunidades de volver jamas a integrarse en la sociedad, como miembro activo-.

Los sintomas de la esquizofrenia pertenecen a la conducta y son tan diversos como las personalidades de los mismos paciente.

De ellos en general solamente puede decirse que muestran poca o ninguna respuesta, o una respuesta inapropiada a las demas personas o a su ambiente. Frecuentemente exhiben sintomas secundarios, en los que se incluyen alucinaciones e ilusiones, confusión, fluctuación del estado de ánimo -desde el maniaco al depresivo, estupor y rigidez catatónica-. En cierto sentido, los sintomas son la esquizofrenia.

No hay acuerdo entre terapeutas e investigadores en cuanto a la naturaleza fundamental de la Esquizofrenia y de su causa.

En México, según datos del Instituto Mexicano de Psiquiatría, entre el 1 y el 2% de la población nacional padece algún tipo de psicosis. En 1974, reportó que de 183,316 casos estimados como prevalentes, en la República Mexicana, el 73.5% correspondían a

trastornos mentales y el 26.5% a enfermedades del sistema cerebral, con proporción aproximada de 3 por 1 respectivamente.

Por cantidad de personas con trastornos mentales las cinco primeras entidades federativas son: Distrito Federal 25%, Veracruz 6.3%, Tamaulipas 5.9%, Jalisco 5.2%, Yucatán 3.4%.

De acuerdo con las estadísticas se observa que la esquizofrenia es un problema de salud pública cada día más importante en nuestra sociedad.

Con lo que respecta a la importancia de la psicoterapia, cabe señalar que en México sólo una tercera parte de los paciente hospitalizados en instituciones psiquiátricas de Estado padecen esquizofrenia y no reciben tratamiento psicoterapéutico individual, más que de una manera muy reducida.

Todo queda en manos de los psiquiatras, los cuales tratan al esquizofrénico básicamente con fármacos y terapia física.

Con respecto a los fármacos, los más usados hasta 1994 son: los

derivados del **FENOTIAZINA Y BUTIROFERONA**, los cuales modifican de modo efectivo los síntomas de la esquizofrenia o psicosis; sin embargo, estos medicamentos tienen efectos en el sistema nervioso central, además de producir, entre otros, síntomas extrapiramidales, parkinsonismo, rigidez, temblores, espasmos de tensión y ocasionalmente somnolencia. Con lo que respecta a las terapias físicas: están los tratamientos electroconvulsivos la psicocirugía, que también tiene consecuencias posteriores.

Por esta razón es importante destacar el valor de la psicoterapia, ya que es un método con características humanas y psicológicas.

Para incidir adecuadamente tanto en el curso como en el contenido de la esquizofrenia, se considera necesario ubicarse desde una perspectiva de orientación dinámica, con profundidad psicológica y con los conceptos de afectividad y relaciones interpersonales. Basados en los trabajos de Harry S. Sullivan, Freida Fromm-Reichmann y Silvano Arieti.

En el presente trabajo se realiza una descripción teórica sobre la esquizofrenia considerando los siguientes puntos:

1. Investigaciones genéticas, bioquímicas, biológicas, familiares y psicológicas.
2. Revisión de las consideraciones históricas del concepto de esquizofrenia.
3. Descripción de la esquizofrenia desde el punto de vista psiquiátrico.
4. Análisis de la importancia de la psicoterapia tanto en su definición como en los diferentes autores que utilizan el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia.

De esta forma, el objetivo principal de esta investigación es plantear una propuesta psicoterapéutica para pacientes esquizofrénicos.

C A P Í T U L O 1

- 1.1 Investigaciones de la esquizofrenia.
- 1.2 Investigación genética.
- 1.3 Investigación bioquímica.
- 1.4 Investigación biológica.
- 1.5 Investigación de estructura y dinámica familiar.
- 1.6 Investigación psicológica.

C A P Í T U L O 1

1.1 *Investigaciones de la esquizofrenia*

En el estudio de los orígenes de la esquizofrenia es uno de los temas que se tratan con más frecuencia en la literatura psiquiátrica; sin embargo, pese a que se ha abordado desde los más diversos puntos de vista, (es difícil integrar en un panorama global la información disponible.)

(Las razones) de lo anterior (son múltiples.) En el primer capítulo se analizan las más importantes de ellas, asimismo se describen los hallazgos más relevantes hasta el momento, en los diversos niveles de estudio genéticos, bioquímicos, biológicos, familiares y psicológicos; aunque han encontrado algunas diferencias importantes entre los que presentan la esquizofrenia y los que no, corren el riesgo de estar perdiendo poder explicativo, debido a una variedad de variables sin explicar.

1.2 *Investigación genética*

Para explicar claramente el papel de los factores genéticos en la esquizofrenia se contestan básicamente dos preguntas:

- a) ¿Se hereda la esquizofrenia?
- b) ¿Qué es lo que se hereda?

a) Para determinar si un trastorno tiene elementos genéticos, tiene que demostrarse, en primer lugar, que el trastorno es más frecuente entre los familiares de un paciente esquizofrénico que en la población general.]

[En los últimos 70 años han aparecido más de 20 estudios familiares de esquizofrenia, que demuestran que el riesgo estimado de la "enfermedad" en familiares de probados esquizofrénicos, es de 10% en padres y 12.8% en hijos.]

[El riesgo en los familiares de segundo grado varía de 2.4 a 4.2% y en los familiares de tercer grado el riesgo es aproximadamente 2.4%. Todos estos valores son muy superiores al 0.1-0.9% en que se estima que se halla la prevalencia poblacional de la esquizofrenia (Gottesman, 1982).]

Una vez conocido el hecho de que la esquizofrenia "corre en las familias", ^{estos} es necesario determinar si esta frecuencia familiar se debe a factores verdaderamente genéticos o a factores ambientales comunes a dichas familias.

Para ello se utilizan los estudios de gemelos. Se sabe que los gemelos monocigotos (frecuentemente conocidos como idénticos) comparten el 100% de los genes, mientras que los gemelos dicigotos, sólo comparten la mitad. Si hubiera un factor genético de la esquizofrenia, se esperaría que los gemelos monocigotos concordaran más frecuentemente en este diagnóstico que los gemelos dicigotos. Los estudios confirman lo anterior, con una concordancia de la enfermedad de 59.2% en monocigotos y 15.2% en dicigotos (Kendler, 1986).

b) Los estudios familiares demuestran que las familias de esquizofrénicos también tiene prevalencia incrementada en trastornos de personalidad esquizotípica y paranoide, lo que hace suponer que no es la esquizofrenia en sí lo que se hereda, sino una predisposición general a este espectro clínico.

[Es probable que otros problemas, como los trastornos cognoscitivos específicos, los signos neurológicos blandos, e incluso, algunas anormalidades bioquímicas, correspondan al mismo espectro de la "enfermedad".] [Falta, sin embargo, conocer el eje integrador de las alteraciones, si es que éste existe.] Este punto está severamente contaminado por los efectos ambientales de los individuos, y hay serias dificultades metodológicas para diferenciar la participación efectiva de la herencia y del ambiente (Kaufmann, 1993).

Por lo tanto y, desde el punto de vista genético, los avances son grandes, y es posible que de existir, pronto se tendrán genes de susceptibilidad para la esquizofrenia. De ahí en adelante se tendrá que relacionar el gene que se encuentre con otros factores ambientales y fisiológicos.

1.3 Investigación Bioquímica

Podría parecer que una causa genética de la esquizofrenia habría de manifestarse en algún defecto metabólico o bioquímico. Ningún defecto tal, se ha descubierto en 60 años de persistente

investigación. La investigación bioquímica de la esquizofrenia sigue usualmente una de estas dos rutas principales:

- a) Se compara la química corporal de los "normales" con la de los esquizofrénicos.
- b) Se administra la misma droga a las dos clases de sujetos, y se compara la diferencia de efectos, si es que hay alguna.

La oleada más reciente y notable de esfuerzos en esta línea ha circundado el papel de la serotonina en la bioquímica del organismo humano.

La serotonina, fue el hallazgo de que la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), es antagonista de la serotonina en su acción sobre los músculos lisos. El LSD había atraído ya la atención, porque inducía alucinaciones y otros síntomas en sujetos voluntarios; los investigadores se vieron alentados a creer que habían dado con un medio de inducir "psicosis experimental". Así, se postulaba que el LSD podía producir

sus peculiares efectos de comportamientos por competición con la serotonina en el sistema nervioso central.

Esta idea adquirió implicaciones aún más excitantes por el hallazgo de que la reserpina, un tranquilizante ya muy usado en los hospitales de enfermos mentales, producía aparentemente sus efectos por una clase de acción paralela. Era solamente un paso más hacia la conclusión de que la esquizofrenia era un trastorno del metabolismo de la serotonina y otro paso para el uso de la serotonina en el tratamiento de los esquizofrénicos.

Sin embargo, investigaciones adicionales no han llegado a apoyar estas ideas y las esperanzas que alentaron, la función de la serotonina en el sistema nervioso central sigue siendo desconocida.

Por el momento no se ha demostrado que ninguna substancia bioquímica esté implicada en la causa del trastorno. Ni siquiera se sabe si la esquizofrenia va acompañada por un aumento en la producción de alguna substancia química en el cuerpo. No es que

estas cuestiones no merezcan ser investigadas, pero no puede proseguirse útilmente con ellas en forma aislada.

1.4 Investigación Biológica

A lo largo de la historia del estudio de la esquizofrenia era lógico pensar que lo primero que habría que estudiarse era la anatomía de los cerebros enfermos, en comparación con los sujetos sanos, tal y como se hizo con las enfermedades neurológicas. Como los hallazgos iniciales fueron negativos, pronto se empezó a hablar de trastornos "funcionales", en contraste con los "orgánicos", en los que estaba documentada alguna alteración anatómica clara.

Sin embargo, el empleo de técnicas más exactas para estudiar el sistema nervioso central (SNC) tanto post-mortem como in vivo, ha cambiado el panorama de la comprensión del problema de la esquizofrenia. Es importante recalcar que los hallazgos disponibles son limitados, y que su significado dentro del espectro general de la enfermedad es aún desconocida..

Las nuevas técnicas de imagenología permiten observar directamente el cerebro de los enfermos, hacer seguimientos a lo largo del tiempo y relacionar los cambios con los datos clínicos disponibles. Entre las técnicas se encuentran:

- a) Neumoencefalografía.
- b) Tomografía axial computarizada.
- c) Resonancia magnética.
- d) Imagenología cerebral funcional.

1.4.1 Neumoencefalografía.

Una de las primeras maneras de abordar el estudio de los esquizofrénicos in vivo fue el empleo de la neumoencefalografía. Se encontró que en aquellos pacientes que tenían un curso crónico y deteriorante había algunas anomalías, incluyendo un crecimiento ventricular.

Esta técnica se utiliza desde 1927, y todavía hay estudios en los que se repiten los mismos resultados. Es importante hacer notar, que debido a las molestias inherentes a la técnica y a la multiplicidad de artefactos necesarios para llevarla a cabo,

pronto caerá en desuso, sobre todo por el advenimiento de la tomografía computarizada.

1.4.2 Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Revolucionó el estudio de la esquizofrenia. Desde el primer informe, hace aproximadamente 20 años, se ha hecho una verdadera "explosión de información" a este respecto, entre los hallazgos, se mencionan el crecimiento ventricular, la atrofia cortical, el crecimiento del tercer ventrículo, la atrofia cerebelar vermina y la asimetría cerebelar reversa.

Es importante hacer notar que los hallazgos tomográficos no se han limitado a la esquizofrenia, sino que también se han encontrado en pacientes con trastornos afectivos, anorexia nerviosa y dependencia del alcohol. En algunos de estos pacientes, las alteraciones son reversibles. Por el momento no hay información concluyente sobre la permanencia de las alteraciones en la esquizofrenia.

1.4.3 Resonancia magnética (RM)

Algunos estudios con la resonancia magnética han coincidido en demostrar que los esquizofrénicos, como grupo, tienen fuertes cambios localizados dentro del lóbulo temporal, como una reducción relativa del área temporal izquierda en los pacientes versus, los controles afectivos. Otro estudio demuestra algunas reducciones en los volúmenes hipocámpales en los esquizofrénicos, y por último se describió el volumen reducido de la amígdala izquierda.

El empleo de la TAC y de la RM es para descartar las causas orgánicas en los pacientes que se presentan con síntomas esquizofrénicos (neoplasias, enfermedades desmielinizantes, vaculopatía), pero no tiene ningún valor para el diagnóstico específico del encuadre clínico cotidiano.

1.4.4 Tomografía por emisión de positrones (TEP)

Para la medición de la actividad metabólica regional, han sido conducidos mediante la medición de la distribución de 2-Fluoro-2-Desoxiglucosa (FDG), que es análoga a la glucosa, y

sufre los mismos mecanismos de transporte y metabolismo que ésta, con la excepción de que no se metaboliza intracelularmente, por que queda atrapada en los tejidos.

Esta sustancia, marcada radioactivamente, puede ser medida, y por lo tanto reflejar la tasa metabólica regional. La TEP tiene la ventaja de tener una resolución especial de hasta 3.5 mm., lo que permite tener acceso a estructuras bastante pequeñas. La desventaja principal es la poca accesibilidad y el alto costo del estudio (3,000 dólares por estudio). Actualmente apenas se empieza a conocer la gran cantidad de errores que pueden producirse durante el procedimiento.

A pesar de limitaciones, la TEP es, por el momento, la técnica más avanzada para el estudio de los trastornos del SNC. En cuanto a la esquizofrenia, los hallazgos han sido hasta ahora, contradictorios. En un total de seis estudios se encontró un metabolismo frontal relativamente bajo, mientras que en cuatro estudios no se corroboró esto.

La evidencia disponible confirma que la esquizofrenia se enfrenta a muchos dilemas cuya solución parece distante, sobre todo mientras

no se disponga de un marcador o de una serie de marcadores que permiten definir con más claridad este trastorno.

1.5 Investigación de Estructura y Dinámica familiar

Podría afirmarse que a partir de las formulaciones de la corriente de la antipsiquiatría comienza a divulgarse la idea de que la familia puede llegar a cumplir un papel patógeno sobre el individuo.

En un intento de síntesis se puede señalar que son fundamentalmente tres las causas que durante los primeros desarrollos teóricos del tema se mencionan como etiologías de la esquizofrenia generada en el medio familiar.

1. La esquizofrenia es considerada como producto de una alteración de la comunicación en el medio familiar.
2. La esquizofrenia es considerada como un producto del tipo de relaciones que se establecen al interior de ciertas familias.
3. La esquizofrenia es considerada como resultante de una alteración en la formación del pensamiento.

1.5.1 Comunicación familiar y esquizofrenia

El pionero en el desarrollo de esta vertiente teórica es Bateson. La hipótesis principal del autor es que una persona atrapada en una situación comunicacional de doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. La raíz de la patología no debe buscarse en alguna experiencia traumática específica de la vida infantil, sino más bien en patrones secuenciales característicos de la comunicación madre-hijo que se establecen en la más temprana edad del niño. Tal situación comunicativa es esencial para la seguridad de la madre y, por lo tanto, para la homeostasis familiar.

Según Bateson:

"El patrón comunicacional de doble vínculo presenta las siguientes características en la situación familiar: la existencia del niño despierta ansiedad y hostilidad en la madre; la madre no puede aceptar estos sentimientos y su manera de negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta para lograr que el niño le responda como una madre afectuosa, apartándose de él si no lo hace; ausencia de alguien en la familia, como un padre fuerte e intuitivo, capaz de intervenir en la relación entre la madre y el niño y apoyar a éste frente a las contradicciones existentes" (Bateson, 1991 Pág. 19).

El niño se encuentra en una posición en la que debe evitar interpretar adecuadamente la comunicación de la madre si quiere mantener su relación con ella; en otras palabras, no debe discriminar acertadamente entre órdenes distintos de mensajes, en este caso, la diferencia entre la expresión de sentimientos simulados (un tipo lógico) y los sentimientos reales (otro tipo lógico).

Como resultado, el niño debe distorsionar de manera sistemática su percepción de las señales metacomunicativas.

En otros términos: la madre controla las definiciones que el niño da a sus propios mensajes internos así como la definición de sus respuestas frente a la madre. Crece así sin haber adquirido la capacidad de comunicarse y, en consecuencia, para determinar qué quiere decir realmente la gente y expresar qué quiere decir él en realidad, lo cual es esencial para tener relaciones normales.

1.5.2 Dinámica familiar y esquizofrenia

Wynne y Ryckoff (1971) proporcionan una clara idea del curso de las conceptualizaciones al respecto. De acuerdo con éstos, en las familias en las que uno de sus miembros desarrolla más tarde episodios esquizofrénicos agudos, las relaciones que se reconocen

abiertamente como aceptables exhiben una cualidad de pseudomutualidad intensa y perdurable.

La pseudomutualidad se define como una cualidad de relación en la que cada persona aporta a ésta una carga primaria en lo que se refiere a mantener un sentido de relación. Hay un esfuerzo por mantener la idea o el sentimiento, por ilusorio que pueda ser, de que la propia conducta y expectativas se entretujan con la propia conducta y expectativas de las otras personas que participan en la relación.

Hay un esfuerzo de adecuación realizado a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan en la relación.

La tensión subjetiva despertada por una divergencia o independencia de expectativas, incluyendo la afirmación abierta de un sentimiento de identidad personal, se experimenta no sólo como algo que desquicia esa transacción particular sino algo que destruye toda relación.

Así, en estas familias se encuentra una persistente invariabilidad en la estructura de roles, a pesar de alteraciones físicas y situacionales en las circunstancias de vida familiar; hay

insistencia en lo conveniente y adecuado de esa estructura con signos de intensa preocupación con respecto a cualquier divergencia o independencia de la misma.

En 1975, Hirsch y Leff, revisaron más de 200 investigaciones realizadas en torno al desarrollo teórico anteriormente expuesto. Concluyendo que ninguna de las anormalidades en los familiares que se habían postulado como causa de esquizofrenia eran específica de los padres de estos pacientes, sino que también fueron encontradas en los padres de los pacientes con otras condiciones psiquiátricas.

En su artículo, estos autores señalan que, además, todas las anormalidades detectadas podrían ser la expresión de una vulnerabilidad heredada a la enfermedad, sin significación etiológica directa.

1.5.3 Formación del pensamiento y familia

Lidz y Cornelison (1971), han desarrollado fundamentalmente esta línea de trabajo. Los autores parten de la hipótesis de que el paciente esquizofrénico escapa de un mundo intolerable en el que se sienta impotente para enfrentarse a conflictos insolubles, mediante el recurso de distorsionar imaginativamente su simbolización de la realidad. Así, el paciente puede recuperar el dominio que poseyó en

la infancia antes de que su realidad estuviera firmemente estructurada, cuando aún se sometía a la fuerza de sus deseos. Puede resultar un recurso fascinante porque es autosuficiente, pero amargo en cuanto que es aislador.

Lidz, se propone comprender por qué algunas personas pueden escapar retrayéndose hacia formas no compartidas de experimentar el mundo circundante con más facilidad que otras. Así, el paciente esquizofrénico es más propenso que otros a distorsionar su simbolización de la realidad porque su apoyo en la prueba de realidad es precario ya que fue criado en medio de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser la interpretación obvia del medio, incluyendo el reconocimiento y la comprensión de los impulsos de los miembros de la familia.

Para concluir, se puede afirmar que ninguna variable singular del medio familiar ha sido hasta ahora identificada como un factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia.

Los estudios que actualmente se realizan proporcionan credibilidad a las continuas observaciones clínicas respecto a la conexión entre dinámica familiar y esquizofrenia; sin embargo posiblemente la

principal razón para hacer estos estudios es estimular la reevaluación de las actitudes de los terapeutas familiares hacia la familia de los esquizofrénicos.

Se ha llegado a una aproximación más humana que visualiza a la familia sufriendo a consecuencia del desarrollo de la enfermedad de uno de sus miembros.

Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en su rehabilitación.

1.6 Investigación psicológica

Desde la perspectiva psicodinámica, los pensamientos irracionales y la conducta grotesca del esquizofrénico son causados por la conciencia de impulsos e ideas que comúnmente permanecen inaccesibles.

Los pensamientos irrumpen en la conciencia cuando el individuo sufre una regresión atribuible a su temor generalizado del mundo.

De acuerdo con el pensamiento psicodinámico, el temor de los esquizofrénicos es producto de las relaciones interpersonales profundamente frustradas durante los primeros años de vida y por una falta de vínculos emocionales con la gente. El esquizofrénico parece ir por la vida sin ninguna esperanza de apoyo y cordialidad que provengan del medio social, y considera que los demás no sólo no se interesan por él, sino que su presencia es incluso peligrosa y amenazante; especialmente las relaciones en áreas de sexualidad, sentimientos, agresión y dependencia.

De acuerdo con la orientación psicodinámica, el surgimiento de los síntomas no representa un problema nuevo, sino más bien los síntomas de una crisis vital en que los pensamientos y las fantasías anteriores bien controladas, se expresan manifiestamente. La conducta desadaptada se hace notable durante el período posterior a la adolescencia, porque es entonces cuando se espera que el individuo trace su propio e independiente camino.

Conforme el temor a la gente provoca pérdida de contacto con el medio, el esquizofrénico hace todo lo posible por hacerse de un nuevo ambiente al cual puede ajustarse. La seudocomunidad, un mecanismo atribuido a la paranoia, se aplica también a la mayor parte de las variedades de reacciones esquizofrénicas.

Una seudocomunidad es reconstrucción de la realidad, poblada tanto por individuos reales como imaginarios. El propósito de la seudocomunidad del esquizofrénico no es tanto el logro de la reconciliación con la realidad, sino más bien el establecimiento de un mundo que reduzca al mínimo la experiencia de la ansiedad. Suele describirse la esquizofrenia como un desarreglo de pensamiento que tiene dos aspectos básicos: en primer lugar, la falla para pensar y comunicarse en términos aceptados, debido esto al aislamiento social; en segundo, el uso del pensamiento irreal como defensa contra la ansiedad.

Aunque los seguidores de las posiciones psicodinámicas concuerdan en que la conducta esquizofrénica tiene significado, hay diferencias en cuanto a la interpretación de casos particulares. Además se debate dentro del campo psicodinámico la importancia relativa de los factores ambientales e intrapsíquicos en la esquizofrenia.

Por último una de las interrogantes planteadas por los teóricos es la correspondencia a la extensa variabilidad de los patrones de reacción exhibidos por personas con diagnósticos esquizofrénicos.

¿Son los hebefrénicos, paranóicos y otros tipos de esquizofrénicos víctimas, todos ellos, de esas clases de acontecimientos

intrapésíquicos que se describieron?. La mayoría de los partidarios del punto de vista psicodinámico responden afirmativamente.

En resumen, el estudio de la esquizofrenia ha gravitado en dos extremos; hacia la investigación de algún aspecto fácilmente aislado y controlable del paciente, o a observaciones sociológicas generalizadas que pueden ser interesantes, pero que son difíciles de comprobar o de repetir.

En conjunto, el esfuerzo mayor se ha dirigido a la investigación de alguna clara explicación biológica de la esquizofrenia, y de aquí a una cura a expensas de una investigación más amplia. Sería agradable ciertamente que algún proceso bioquímico anormal o algún cambio patológico del cerebro pudiera explicar el mal funcionamiento del esquizofrénico, porque se podría inventar una droga o una operación que indudablemente lo curaran.

Sin embargo, si la literatura que se acumula indica algo con creciente claridad, es que no se encontrará una respuesta tan simple para la esquizofrenia.

Por otra parte se advierten señales alentadoras, dado que en lugar de reducir al paciente a pedacitos a fin de estudiar las variables aisladas, la tendencia es ahora hacia el estudio de las muchas variables implicadas -fisiológicas, psicológicas y sociales- en su interacción.

C A P Í T U L O 2

2.1 Consideraciones Históricas del concepto de la esquizofrenia.

2.2 Concepto de la esquizofrenia.

C A P Í T U L O 2

2.1 *Consideraciones históricas del concepto de la esquizofrenia*

Es prácticamente imposible iniciar una discusión sobre los orígenes de la esquizofrenia sin antes detenerse un poco en el propio concepto de la "enfermedad".

Desde el punto de vista metodológico, la clara definición de las variantes en una investigación científica es uno de los elementos cardinales para obtener resultados válidos. La enfermedad mental, en general, y la esquizofrenia, en particular, han pasado por un largo y complicado proceso, aun no terminado, para concretarse como enfermedades más o menos bien definidas.

Así, los intentos para definir el concepto de la esquizofrenia, iniciados en los primeros manuales rusos de psiquiatría y terminando en los estudios de Kraepelin y Bleuler a principios

de siglo, presentan un panorama histórico recorrido por el concepto de esquizofrenia.

2.2 Concepto de la esquizofrenia

Aunque en un principio no se le denominó esquizofrenia, el cuadro clínico tiene mucho tiempo de haber sido identificado.

En el primer manual ruso de psiquiatría, publicado en 1834, P.A. Butkovski describe diferentes formas de esquizofrenia bajo el nombre de "rabia", "extravagancia", "sin razón" y "tontería".

Es fácil reconocer la esquizofrenia en la descripción que hace Butkovski, cuando refiere que el enfermo vive como aislado del mundo físico y espiritual, como encerrado en una habitación tenebrosa. Pone de manifiesto la falta de concordancia o contradicción con el fin, y la constante repetición de aquellas palabras y acciones que expresan la falta de comprensión de las cosas y de su contenido.

En 1847, P.P. Malinvski describe la esquizofrenia en su manual con el nombre de "tontería" y "estupidez adquirida", y señala que todas las sensaciones intensas que generalmente conmueven el alma de las personas, en estos enfermos obran superficialmente, sin dejar huella; son incapaces de ser afectados plenamente por nada; su suerte no es la apatía, ni la misantropía, sino la inconciencia, la indiferencia animal hacia todo, y aún hacia sí mismos.

En 1849 John Conlly, del asilo Hanwell de Inglaterra, líder de la "no restricción" afirma en sus lecciones croonianas "no es tan poco frecuente que los jóvenes entren en un estado que de algún modo se parecen a la melancolía, en el que no es posible descubrir causa alguna de la angustia, y ciertamente sin causa específica de la aflicción se vuelven indolentes y realizan sus ocupaciones o actividades recreativas de manera mecánica y sin interés; parece como si su intelecto, afecto y pasiones se enfermaran o murieran, y terminan por volverse apáticos por completo.

Posteriormente, en 1856, el psiquiatra Morel, es el primero en emplear el término demencia precoz, destacando que incide en individuos jóvenes y evoluciona a formas demenciales. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que comprendía deficiencia mental como una "variedad de degeneración intelectual, física y moral" resultado de la herencia.

Pocos años más tarde, en 1871, Hecher retoma la clasificación de demencia precoz y describe la hebefrenia, que posee las características anteriores más unos rasgos diferenciales tales como una supuesta relación con la pubertad, sucesión o aparición cambiante de varias formas (melancolía, manía y confusión), y un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final, pruebas que se pueden ver en las primeras etapas del síndrome. Consideró que la hebefrenia era un padecimiento progresivo de la pubertad y adolescencia.

Retomando la clasificación de demencia precoz, Kahlbaum, en 1874, describe la catatonia o "locura por tensión" en la cual el paciente se siente tranquilo o del todo mudo e inmóvil, con una

mirada típica en la que fija los ojos en un punto distante y al parecer carece de toda volición; no tiene reacción alguna ante las impresiones sensitivas y en ocasiones presenta flexibilidad cérebral total como en la catalepsia. Kahlbaum supuso que la catatonía era el síntoma de una enfermedad cerebral estructural y que posee la característica de la evolución demencial, con graves trastornos psicomotores.

Kraepelin integró varios síndromes mentales de los cuales concluyó eran manifestaciones de una sola entidad patológica. A ésta dió el nombre de demencia precoz, la cual definió como una sintomatología, que consiste en alucinaciones, ilusiones, emotivada incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y delirios progresivos.

Kraepelin realizó una amplia y brillante descripción clínica del trastorno, al cual clasificó en tres tipos: hebefrénico, catatónico y paranoico.

Por su parte Bleuler. (1911) concluyó que era un error comparar el deterioro extremo que Kraepelin denominó demencia precoz con

el estado de la mente de aquellos sujetos con trastornos mentales o con el deterioro orgánico producto por la atrofia cerebral grave.

Consideró que el término demencia precoz era insatisfactorio y calificó al síndrome como **esquizofrenia**, señalando que una de sus características más llamativa, es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas; consideró el síndrome esquizofrénico no como una progresión hacia la demencia, sino como una situación particular caracterizada principalmente en el deterioro de las funciones básicas de la personalidad.

Bleuler explicó los trastornos tanto en su estructura, como con respecto a lo psicológico, porque notó que si se hacía un estudio completo de las alucinaciones e ideas delirantes de los pacientes, éstas se podrían conectar con sus antecedentes y con las relaciones tempranas que se había tenido con los padres y hermanos.

Destaca que en la esquizofrenia no hay falta de afectividad y ésta tiene más importancia de lo que se pensó. Así también describe una esquizofrenia simple y aporta a la Psiquiatría los conceptos del pensamiento autista y la ambivalencia.

Posteriormente, los trabajos de Schneider (1946) continuarían la descripción clínica moderna más cuidadosa de este síndrome. Los estudios modernos y los clínicos actuales encuentran aún de gran utilidad las descripciones de Schneider dadas a conocer por primera vez, en su Klinische Psychopathologie. En esta obra definió una serie de síntomas a los que calificó como "primer rango", éstos son:

1. Sonorización del pensamiento.
2. Difusión del pensamiento.
3. Robo del pensamiento.
4. Pensamiento intervenido o interceptado.
5. Pensamiento impuesto.
6. Ocurrencia delirante.
7. Aplanamiento afectivo.
8. Vivencias de extrañeza.

9. Escuchar voces que dialogan entre sí.
10. Escuchar voces comentando los propios actos.

Schneider describió también la existencia de otros síntomas en la esquizofrenia; como por ejemplo la perplejidad, los delirios, las alucinaciones, las reacciones emocionales imprevisibles y la inadecuación de los sentimientos; pero aclara que son de tal inespecificidad en la psicopatología que deberán considerarse como "síntomas de segundo rango" para la esquizofrenia.

Por último los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuyeron a fundamentar el concepto presente de la esquizofrenia.

A él se han sumado tres estudios considerados como la clave para aclarar este problema: los criterios Diagnósticos de Feighner, los criterios diagnósticos de investigación (RDC) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psicológica Americana (APA o DSM-III). La versión revisada en este último ofrece aún algunos cambios, sin

modificar sustancialmente la esencia de los criterios diagnósticos para la esquizofrenia.

En resumen, los criterios de los conceptos actuales de la esquizofrenia, basados en las ideas de Kraepelin y Bleuler, se dividen en organicistas y psicodinamistas.

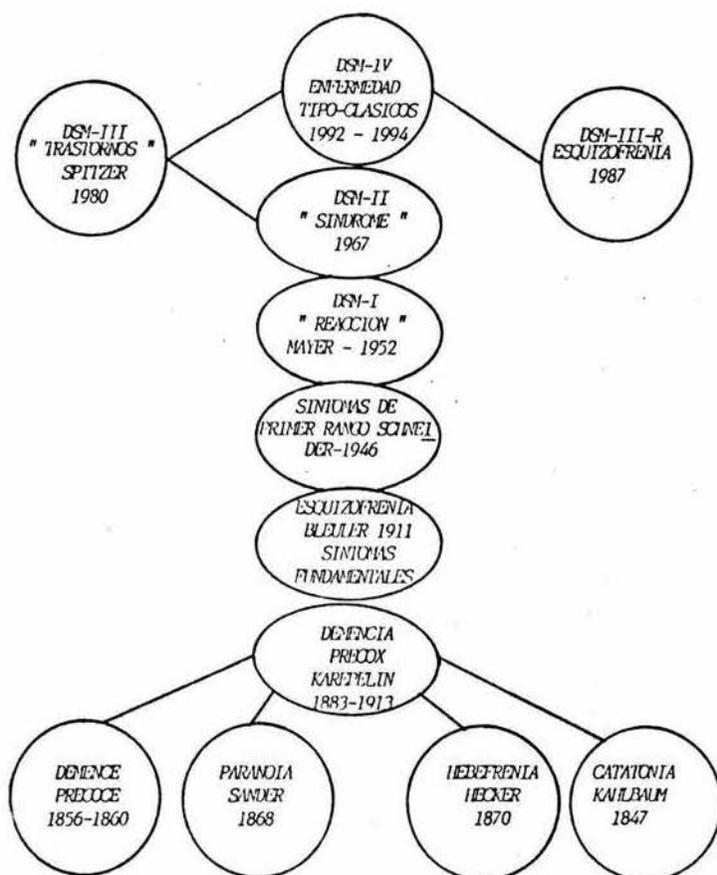
Los primeros consideran la Esquizofrenia como una auténtica enfermedad mental, de la que la sintomatología psíquica es la única expresión clínica importante.

Los segundos creen que la Esquizofrenia deriva de conflictos emocionales establecidos en los primeros años de vida.

En la figura 1.1 se resume la evolución histórica del concepto de la esquizofrenia.

Figura 1.1

Evolución histórica del concepto de Esquizofrenia



C A P Í T U L O 3

- 3.1 La esquizofrenia en la psiquiatría.
- 3.2 Definición de la esquizofrenia.
- 3.3 Características de la esquizofrenia.
- 3.4 Tipos de esquizofrenia y tratamientos.
- 3.5 Fármacos utilizados en la esquizofrenia.

C A P Í T U L O 3

3.1 La Esquizofrenia en la psiquiatría

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud pública en todo el orbe; tiene una alta prevalencia a lo largo de la vida (0.5 a 1%), la morbilidad es significativa. La esquizofrenia frecuentemente se inicia a edad temprana y deja secuelas en sus víctimas, lo que conduce a su deterioro social y económico. El trastorno produce un gran sufrimiento en los pacientes y en sus familiares. Además, el costo para la sociedad es muy alto.

Consecuentemente, a pesar de la discrepancia y la dificultad para definirla en términos generales, se le considera como un severo síndrome mental caracterizado por alteraciones de todas las funciones de la personalidad.

En este capítulo, en primera instancia se buscará una clara definición de la esquizofrenia, así como sus características que ésta presenta y los tipos que la conforman.

En segunda instancia, cabe hacer notar que dentro de la terapéutica psiquiátrica existen dos grandes bloques; los tratamientos psicoterapéuticos y el de tratamientos orgánicos. El primero se refiere al tipo de técnicas orientadas a la rehabilitación del individuo a través del análisis y la comprensión de aspectos. Sin embargo, este tratamiento se analizará en el capítulo siguiente.

El tratamiento orgánico es básicamente con fármacos y terapia física; con respecto a los fármacos son: los neurolepticos, también llamados antipsicóticos, los tranquilizantes ansiolíticos y los antidepresivos.

3.2 Definición de la esquizofrenia

La historia del estudio de la esquizofrenia se remonta al año de 1911, donde Eunge Bleuler denominó al síndrome **Esquizofrenia**. La esquizofrenia etimológicamente se deriva del griego **Esquizo** que indica **división** y **frenia** que significa **mente**; por lo que el nombre de esquizofrenia se refiere a una disociación entre la mente y la realidad.

La Organización Mundial de la Salud define la Psicosis esquizofrénica así "un grupo de psicosis en las que existe un trastorno fundamental de la personalidad, una deformación del pensamiento característica, con frecuencia la sensación de estar controlado por fuerza ajena, delirios que pueden ser insólitos, percepción perturbada, afecto anormal que escapa de la situación real y, autismo. A pesar de todo ello, el paciente por lo general conserva claridad en su conciencia y en su capacidad intelectual" (Organización Mundial de la Salud 1979, Pág. 23).

En la actualidad la esquizofrenia es uno de los problemas más grandes al que se enfrenta la profesión psiquiátrica, debido a que todavía no existe acuerdo, respecto a si la esquizofrenia es una enfermedad en el sentido médico clásico, un grupo de síndromes, un desajuste o un estilo de la vida. Actualmente el término esquizofrenia denota una constelación clínica de síntomas y de signos, estos son diversos, abarcando casi todos los aspectos de la cognición y la conducta, la percepción, el pensamiento, el discurso y el lenguaje, así como la motricidad, la volición y las emociones.

La esquizofrenia puede reconocerse con relativa facilidad, pero su etiología y su fisiopatología continúan sin aclararse. Los subtipos de la esquizofrenia, así como los límites entre este síndrome y otros trastornos son inciertos, no existe un acuerdo acerca de cuáles son las causas fundamentales de la esquizofrenia. Casi cualquier variante fisiológico o psicológico ha sido considerado en alguna ocasión como factor etiológico de la esquizofrenia. En general, las teorías de la etiología puede dividirse en aquellas relacionadas con factores orgánicos y en aquellas relacionadas con factores psicosociales.

Aunque en la actualidad las autoridades en la materia (psiquiatras) todavía no llegan a un acuerdo universal de lo que realmente es la esquizofrenia. Se puede considerar que el término esquizofrenia se usa para agrupar psicosis caracterizadas por peculiaridades de la personalidad, del pensamiento de la efectividad y de la conducta.

Puede ser que la investigación continua demuestre que lo que ahora se denomina como esquizofrenia, constituya un grupo de padecimientos específicos con diversas causas.

3.3 Características de la esquizofrenia

Las características de la esquizofrenia, según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales dice: "Siempre que se encuentran alteraciones características en algunas de las áreas: contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, relación con los demás y conducta psicomotora. Deberá señalarse que ninguno de los síntomas está siempre presente o se encuentra únicamente en la esquizofrenia" (DSM III, American Psychiatric Association, Pág. 192).

Dada la importancia de estas características, es necesario definir cada una de ellas.

3.3.1 Contenido del pensamiento

La mayor alteración del contenido del pensamiento implica ideas delirantes, que son a menudo múltiples, fragmentadas o extrañas (evidentemente absurdas, sin base de hecho). Es frecuente que las ideas delirantes de tipo persecutorio impliquen creencia de espionaje de uno mismo, difusión de falsos rumores, o planes de perjuicio hacia el propio sujeto. También son frecuentes las ideas autorreferenciales, en las cuales los acontecimientos, objetos y otras personas adquieren un significado particular e insólito. Por ejemplo, el sujeto cree que los comentarios de la televisión son burlas dirigidas hacia él.

3.3.2 Curso del pensamiento

La alteración del curso del pensamiento ha sido señalada como un trastorno "formal del pensamiento" y se distingue del trastorno del contenido del pensamiento. El ejemplo más frecuente es la pérdida de la capacidad asociativa por la que las ideas cambian de un tema a otro sin relación o quizá con una relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente o tener conocimiento de que los temas están desconectados.

3.3.3 Percepción

Las mayores alteraciones de la percepción corresponden a diversos tipos de alucinaciones, siendo más frecuentes las de tipo auditivo, que comprenden voces que el sujeto percibe como si procediera del exterior. Las voces pueden ser familiares y a menudo de contenido insultante, pudiendo ser simples o varias voces a la vez.

Es característico el hecho de que las voces se dirijan directamente al sujeto, comentando su forma de actuar. Las órdenes procedentes de las alucinaciones pueden ser obedecidas por el sujeto, lo cual puede ser peligroso para él y para los demás. Estas alucinaciones, en ocasiones, son más sonidos que voces.

3.3.4 Afectividad

La alteración comprende a menudo una afectividad inapropiada, embotada o aplanada. En la afectividad embotada hay una grave reducción de la intensidad de la expresión de la afectividad; en la aplanada no hay signos de expresión de la afectividad; la voz

es monótona y la cara inmóvil; en la inapropiada la afectividad es claramente con el contenido del lenguaje e ideación del sujeto.

3.3.5 Sentido del yo

El sentido de sí mismo que da a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección está con frecuencia alterado en el esquizofrénico. Esto se manifiesta por una pérdida del yo y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y del significado de la propia existencia, o por algunas de las ideas delirantes específicas señaladas anteriormente, en especial aquellas que implican el control por fuerzas extrañas.

3.3.6 Voluntad

Casi siempre hay una alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, lo que deteriora visiblemente la actividad laboral o cualquier otro tipo de actividad. Hay incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica debido a falta de interés o de

motivación adecuada. La ambivalencia influye en las alternativas de la acción hasta la meta propuesta.

3.3.7 Relaciones con el mundo externo

Con frecuencia hay una tendencia al retraimiento del mundo externo y el sujeto llega a estar preocupado por sus ideas egocéntricas e ilógicas y sus fantasías, de hecho objetivos distorsionados, oscurecidos o ausentes.

3.3.8 Conducta psicomotora

En las formas crónicas graves y en la forma aguda florida del trastorno se observan varios tipos de alteraciones en la psicomotricidad. Puede encontrarse una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad.

Cabe señalar que para un buen diagnóstico de esquizofrenia lo que dice la American Psychiatric Association:

"El diagnóstico de la esquizofrenia requiere que los signos de la enfermedad estén presentes durante un período

ininterrumpido de seis meses como mínimo, siempre en la fase activa con síntomas psicótico" (DSM III. American Psychiatric Association, Pág. 194).

3.4 Tipos de esquizofrenia y tratamientos

Para considerar una mejor clasificación de los tipos y tratamientos de la esquizofrenia, se toma en cuenta tanto el libro del Dr. Agustín Caso, Fundamentos de Psiquiatría como el Manual de Cuadros Básicos de medicamentos, del sistema nacional de salud.

Así, la esquizofrenia puede reconocerse con relativa facilidad siguiendo los síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos y de acuerdo con la distribución de los síntomas, la edad de inicio, el curso y el pronóstico, se distinguen la esquizofrenia desorganizada (hebefrenia), esquizofrenia catatónica, la esquizofrenia paranoide y la esquizofrenia simple.

Aparte de este cuadro clásico hay una amplia subdivisión para representar derivaciones de la misma, entre éstos se citan la forma aguda, la atípica, la residual, la pseudoneurótica, la afectiva y la infantil.

3.4.1 Tipo Hebefrenia

Se inicia entre los 15 y 25 años de edad. Está caracterizada por graves alteraciones afectivas. Las respuestas emocionales son inapropiadas, se acompaña de risas o de sonrisas sin causa aparente y concentración de sí mismo. No hay ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones cuyo contenido no está organizado en un tema coherente. Los síntomas asociados comprenden muecas, manierismos, quejas hipocondríacas, retraimiento social extremo y otras conductas. El cuadro clínico se acompaña habitualmente de un deterioro social extremo, una personalidad premórbida pobre, un inicio temprano e insidioso, y un curso crónico sin remisiones significativas.

Estos enfermos deben ser hospitalizados sin demora y tratados de preferencia con Thioproperazina 5 mg. por vía oral, tres veces al día, e ir aumentando la dosis diaria 5 mg. hasta alcanzar una

dosis total de 30-40 mg. en 24 horas. En la fase aguda puede asociarse la Clorpromazina 25 mg. intramuscular cada 8, 12 ó 24 horas. Debe asociarse también medicación antiparkinsónica, porque la Thioproperazina provoca, con gran frecuencia, fenómenos estrapiramidales severos.

Recientemente ha tenido éxito en algunos casos de esquizofrenia hebefrénica tratados con dosis de Flufenazina (800 mg. por vía oral) y de Baloperidol 30-90 mg..

En la Tabla 1 se presente la administración, indicaciones y contraindicaciones de la Thioproperazina y Clorpromazina, en el tratamiento de la esquizofrenia hebefrenia.

TABLA I

Nombre genérico y presentación	Dosis y vía de administración	Indicaciones	Contraindicaciones Efectos indeseables Precauciones Interacción farmacológica	
THIOPROPERAZINA Tabletas. Cada tableta contiene: Mesilato de tioproperazina equivalente a 10mg. Envase con 20	Adultos 10 a 30 mg. en 24 horas Iniciar con dosis bajas y aumentar gradualmente Oral	Antipsicóticos. Neuroleptico	D. de la médula ósea Insuficiencia H. Insuficiencia renal Coma Epilepsi no T. E. de Parkinson Hipotensia A. Extrapiramidalismo	1 1 1 1 1 2 2
CLORPROMAZINA Solución inyectable, cada ampolla contiene Clorhidrato, - Clorpromazina Envase con 3 ampollitas de 5 ml.	Adultos 25 a 150 mg. en 24 horas en una a tres aplicaciones. Intramuscular profunda	Neuroleptico Sedante Antiemético	Parkinsonismo Acatisia Tumores mamarios Drogas Pueden interferir con el metabolismo de la difenhidantonia y producir toxicidad de esta última intesínfica y prolonga la acción de opiáceos.	2 2 3 4

3.4.2 Tipo Catatónico

La edad más frecuente de aparición es entre los 15 y 25 años. Generalmente se presenta en forma aguda y va precedida por una experiencia emocionalmente trastornante. La sintomatología esencial se centra en una alteración notable de la psicomotricidad, que comprende estupor, negativismo, rigidez, excitación. A veces hay una rápida alternancia entre la excitación y el estupor. La sintomatología acompañante incluye estereotipia, manierismos, y flexibilidad cerea. El mutismo es especialmente frecuente.

Tanto el tipo con excitación (agitación catatónica), con actividad exagerada que carece de finalidad, respuesta irracionales, alucinaciones, conducta impulsiva y estereotipada no influenciada por estímulos externos, como el tipo estuporoso, que se acompaña de flexibilidad cérica, negativismo, estupor, no le impiden al enfermo percibir la realidad.

Este tipo de paciente debe de ser hospitalizado en forma inmediata y debe de ser tratado con antipsicóticos; Trifluoperazina, de preferencia por vía intramuscular, 2 a 4 mg. en 24 horas, si coopera el paciente se asocia la vía oral 15-30 mg., dosis diaria.

Si el paciente no mejora rápidamente, se debe considerar la conveniencia de emplear otros antipsicóticos: Haloperidol o Perfenazina.

En la Tabla 2 se presente la administración, indicaciones y contraindicaciones de la Trifluoperazina, en el tratamiento de la esquizofrenia catatónica.

T A B L A 2

Nombre genérico y presentación	Dosis y vía de administración	Indicaciones	Contraindicaciones	1
			Efectos indeseables	2
			Precauciones	3
			Interacción farmacológica	4
TRIFLUOPERAZINA	Adultos	Antipsicótico	Depresión de la médula ósea	1
Grageas	5 a 30 mg. en	Neuroleptico	I. hepática	1
Cada gragea contiene Clorhidrato de Trifluoperazina equivalente a 5 mg. de Trifluoperazina.	24 horas en una a tres tomas	Sedante	I. Renal y coma	1
Envase con 20	Oral		Epilepsia no tratada	1
			E. de parkinson	1
			H. arterial y Sincope	2
			Disquinesia y Conv.	2
			Tumores mamarios	3
			Drugs	4

3.4.3 Tipo Paranoide

Es la forma menos precoz de la esquizofrenia. Con frecuencia se inicia a los 30 ó 35 años. La sintomatología esencial se concreta predominantemente en ideas delirantes de persecución o grandeza, o alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza. Puede haber además ideas delirantes de celos.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Además, pueden existir duda acerca de la identidad sexual, o miedo a ser considerado como homosexual o a relacionarse con homosexuales.

El tratamiento de preferencia en su fase aguda, debe ser con Haloperidol y en su fase crónica, al producirse deterioro con

apatía e indiferencia, es preferible emplear la Thiproperazina. Debe ensayarse otros antipsicóticos si no se obtiene mejoría con éste: Haloperidol, ampollitas 5 o 10 mg., intravenosas, si el paciente está excitado o violento.

En la Tabla 3 se presenta la administración, indicaciones y contraindicaciones de el Haloperidol 5 y Haloperidol, en el tratamiento de la esquizofrenia paranoide.

TABLA 3

Nombre genérico y presentación	Dosis y vía de administración	Indicaciones	Contraindicaciones	
			Contraindicaciones	
HALOPERIDOL 5 Tabletas. Cada tableta contiene Haloperidol en envase con 20.	Adultos 5 a 30 mg. en 24 horas en una a tres tomas. Oral	Antipsicótico Neuroléptico Excitación - psicomotora.	Depresión tóxica del sistema nervioso central	1
	HALOPERIDOL Solución inyectable. Cada ampollita contiene Haloperidol 5 mg. Envase de 6 ampollitas de 1 ml. Intramuscular		Adultos 5 a 15 mg. en 24 horas.	Hipersensibilidad
			Enfermedad de parkinson	1
			Embarazo	1
			El uso combinado con litio puede producir encefalopatía con daño cerebral irreversible	4
			Coma	1
			Insuficiencia hepática o renal	1
			Extrapiramidalismo	3
			Disquinesia y acatista	2
			Sequedad de mucosa	2
			Puede disminuir el umbral convulsivo en pacientes que reciben antiepilépticos	3,4

3.4.4 Tipo Simple

Se inicia en la adolescencia o principio de la vida adulta, y está caracterizada por reducción de intereses y contactos externos, apatía, indiferencia, pérdida de cualquier espíritu de competencia y aislamiento.

Es de pésimo pronóstico, con mayor razón si además se asocian ideas obsesivas. Cuando se les trata con Fenotiazina, principalmente con Tioderazina y Clorpromazina, aumenta la apatía. La flufenazina a dosis pequeñas (1-5 mg. al día) y la Psicoterapia, son de cierta utilidad.

Cabe hacer notar que el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM III) excluye todos los problemas que no tienen conducta psicóticas burda y aquellos que antes fueron clasificados como latente, simple o límite.

3.5 **Fármacos utilizados en la esquizofrenia**

Un hecho importante en el tratamiento orgánico de pacientes con esquizofrenia fue la introducción de los psicofármacos (en la década de los 50's).

Antes de la aparición de las drogas tranquilizantes, los Hospitales para enfermos mentales conservaban algunos métodos represivos antiguos (como el aislamiento y la camisa de fuerza, entre otros), para mantener bajo control a los enfermos agitados.

Una vez que se descubrió la capacidad de la Reserpina y la Clorpromacina, primeras drogas introducidas para reducir la excitación psicomotriz e inhibir el trastorno del pensamiento sin obnubilar la conciencia, se acabaron los métodos brutales y fueron sustituidos por los tranquilizantes, que se convirtieron en un mecanismo más eficaz de control sin necesidad de usar la violencia física, ya que la mayoría de los pacientes agitados se mantienen bajo los efectos de la droga la mayor parte del tiempo.

Castellanos escribe al respecto: "El empleo de estos fármacos ha modificado el ambiente hospitalario y social en los cuales vivían los pacientes mentales. Ha permitido transformar los hospitales psiquiátricos "cerrados" en los cuales el internamiento es obligatorio y legal en "servicio abierto", con internamiento voluntario y sin trabas legales. Los métodos brutales de "sujeción" empleados para los enfermos excitados han sido reducidos hasta en un 85% de los casos y los pabellones para agitados tienden prácticamente a desaparecer.

Asimismo, han ocasionado la disminución del empleo de métodos de tratamiento como los electrochoques, la insulino-terapia y la psicocirugía y, en cambio han permitido que mayor número de pacientes puedan ser beneficiados con otros recursos terapéuticos más en íntima relación con la rehabilitación del paciente mental como son las psicoterapia y las terapias ocupacionales, recreativas, vocacionales y educativas" (Castellano, 1976 Pág. 922).

Es innegable la importancia de los psicofármacos dentro de los tratamientos orgánicos de la enfermedad mental, ya que han sido

ellos los que han venido reformando la estructura y función de los hospitales.

El uso de los psicofármacos en psiquiatría tiene dos funciones específicas. Una de ellas es la reducción de la actividad en pacientes agitados mediante fármacos tranquilizantes, y la otro es la estimulación de estado del humor en pacientes deprimidos con antidepresivos. Estos fármacos no tienen una acción curativa, sólo actúan selectivamente sobre algunos síntomas fisiopatológicos suspendiéndolos.

Las drogas empleadas en los pacientes agitados pueden ser, dependiendo del tipo de agitación, tranquilizantes mayores (neurolepticos) o tranquilizantes menores (ansiolíticos).

Los neurolepticos, también llamados antipsicóticos, se dividen en dos grupos: 1) los derivados de la Fenotiazina: Clorpromacian, Levomepromazina, Tioproperazina y 2) los derivados de la Butirofenona, de las cuales el más utilizado es el Haloperidol.

Sus cualidades principales son las de calmar la agitación psicótica, normalizar el estado afectivo y atenuar los síntomas secundarios de las psicosis mayores (delirio y alucinaciones). Cuando son usados a largo plazo y en dosis adecuadas, previenen las recaídas en pacientes que han tenido ya un brote psicótico.

Las Fenotiazinas, las más empleadas, modifican de modo efectivo los síntomas primarios y secundarios de las psicosis mayores; esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva y otras. Actúan sobre el sistema nervioso central, sin deprimir la corteza cerebral, respetando las funciones intelectuales superiores.

La Perfenazina y la Trifluoperazina producen menos sedación y les prefiere en pacientes apáticos con esquizofrenia crónica. Las Fenotiazinas pueden agravar los estados depresivos y son de valor muy dudoso en las psiconeurosis; abaten el umbral convulsivo y deben usarse con precaución en sujetos epilépticos.

Entre los derivados de la Butirofenona, el Haloperido tiene una acción muy parecida a las Fenotiazina, sin embargo, estos antipsicóticos en el sistema nervioso central producen síntomas

extrapiramidales, parkinsonismo, rigidez, temblores, espasmo de torsión, mioclonias, distonia, disquinesia tardía, inquietud motora y, ocasionalmente, somnolencia y fatiga de tipo subcortical en el sistema neurovegetativo; sequedad de la boca, congestión nasal, miosis, ambliopía y disfagia; en el aparato cardiovascular; hipertensión y taquicardia entre otros.

Los tranquilizantes ansiolíticos según, el cuadro básico de medicamentos del sistema nacional de salud señala:

"Estos fármacos calman la ansiedad y a dosis adecuadas no producen somnolencia excesiva ni dificultan la realización de las labores ordinarias; no deprimen la corteza cerebral y su acción se ejerce sobre las estructuras subcorticales, modificando las funciones hipotalámicas; se emplean a menudo en psiquiatría y en medicina general. Los medicamentos principales de este subgrupo son el Clorodiazepóxido y el diazepam. El Clorodiazepóxido es buen ansiolítico; produce somnolencia y a veces ataxia; por vía parental es útil en el tratamiento del delirium tremens y en algunos estados de excitación psicomotora. El diazepam tiene cualidades ansiolíticas similares, es relajante muscular y anticonvulsivante menor. Por

via parental es útil en el tratamiento del tétanos y del estado de mal epiléptico" (Cuadro básico de medicamentos del sistema nacional de salud, 1989, Pág. 367).

Estos tranquilizantes no poseen ninguna acción antipsicótica. Su uso puede producir habituación, tolerancia y dependencia física.

Otro grupo importante lo constituyen los fármacos antidepressivos, estos han tenido avances dentro de la psiquiatría, principalmente gracias al grupo de las aminas psicotónicas cuyo efecto es, ante todo, estimulador de la vigilia.

Estos medicamentos actúan sobre la depresión, la anorexia, los trastornos del sueño, la disminución de la libido y otras alteraciones que la acompañan. A nivel subcortical, modifican el metabolismo de las catecolaminas. Son eficaces en las depresiones endógenas y en las neuróticas o reactivas. Su efecto tarda en aparecer de 5 a 21 días. El tratamiento puede

prolongarse por varios meses y no debe suprimirse de súbito, por el riesgo de recaída.

Hay dos grupos principales de medicamentos antidepresivos; los inhibidores de la monominoxidasa (isocarboxamida y fenelzina) y los derivados tricíclicos (imipramina, clorimipramina, nortriptilina y amitriptilina). Se usan ampliamente en medicina general el tratamiento de las depresiones graves o rebeldes debe reservarse a los psiquiatras.

Actualmente la selección farmacológica en la esquizofrenia es valorada bajo la visión de quien observa las experiencias de antiguos antipsicóticos. Así, se reconoce la importancia de la Clorpromacina como uno de los avances más importantes en la historia de la medicina, sin dejar de contemplar los efectos colaterales extrapiramidales que de hecho la definen como neuroléptico. La evolución de estos medicamentos ha dado como resultado la Clozapina, como el antipsicótico de elección para la esquizofrenia refractaria y que carece de sintomatología extrapiramidal, pero que presenta el riesgo de la agranulocitosis.

Es la Clozapina el eje que motiva a la discusión entre los especialistas, considerando la nueva brecha terapéutica abierta, para no dejarse llevar considerándola como la "nueva panacea".

A diferencia de los neurolepticos convencionales, la Clozapina actúa bidimensionalmente, es decir tanto en la sintomatología positiva como en la negativa. Es aquí donde la evaluación de cada paciente resulta importante ya que después de un brote agudo la recuperación al estado previo es paulatina.

El cuestionamiento sobre algunos síntomas como la inactividad, el aislamiento e inclusive la depresión, deberá hacerse para considerar su pertenencia propiamente a la enfermedad o como asociada al uso de neurolepticos. Una respuesta acertada a estos cuestionamientos orientará al médico quien establecerá el origen primario o secundario de los síntomas negativos.

Si las promesas de los nuevos antipsicóticos son reales y permiten la mejoría del paciente sin los efectos colaterales de los antipsicóticos convencionales, deberá entonces hacerse una seria reevaluación de estos últimos.

En resumen: los desórdenes esquizofrénicos son condiciones psicóticas que aparecen en los individuos de todas las partes del mundo; sin embargo, los psiquiatras no se ponen de acuerdo en la definición de esquizofrenia y en lo que no es.

En 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, introdujo el término esquizofrenia (palabra de raíz griega que significa "división de la mente") para indicar el aspecto fragmentario y con frecuencia contradictorio de los pensamientos y emociones del esquizofrénico.

Los pacientes que padecen este síndrome pueden presentar una verdadera enciclopedia de síntomas y los psiquiatras difieren a menudo en la importancia relativa que le asignan a un síntoma o a otro. A pesar de todo se presentan algunas características como la alteración del contenido y curso del pensamiento, de la percepción, de la afectividad, del sentido del yo, de la voluntad, de la relación con los demás y de la conducta psicomotora.

Hasta los psiquiatras más astutos pueden tener dificultad para distinguir el desorden esquizofrénico, ya que en un día quien lo padece puede comportarse de manera radicalmente diferente, apareciendo en algunas ocasiones manifestaciones psicóticas y casi normal en otras. Se describen cuatro subtipos: paranoide, catatónica, hebefrénica y simple; sin embargo, cabe hacer notar que hay muchos desacuerdos entre los expertos para diagnosticar el subtipo de algún individuo en particular, ya que los síntomas pueden corresponder a varias categorías y cambiar con el tiempo.

Por otra parte el diagnóstico psiquiátrico de la esquizofrenia no proporciona una definición completa de la misma, menos un marco de referencia que tome en consideración su curso y síntomas.

Además los llamados tranquilizantes mayores (neurolepticos), menores (ansiolíticos) o los antidepresivos son muy importantes en el tratamiento esquizofrénico. Su función es principalmente:

- a) La acción sedante, que permite controlar los estados de agitación.
- b) La acción desinhibidora o psicoestimulante, que provoca una estimulación psíquica y, en ocasiones crisis excito-motora, pero que en dosis terapéutica "desinhibe" a los esquizofrénicos pasivos, apáticos, atímicos y autísticos.

- c) La acción antipsicótica, que suprime las experiencias delirante y alucinatorias.

Sin embargo, cuando se emplean los fármacos en los tratamientos psiquiátricos es preciso poner mucho cuidado y tener **ética profesional**, ya que los efectos secundarios pueden mantener, si no es que hasta provocar los síntomas esquizofrénicos.

Es tal vez por esta razón que muchos pacientes psiquiátricos comparten los comportamientos característicos del esquizofrénico (constituyendo el estereotipo social) causado no tanto por el tipo de psicopatología, sino por el efecto de los fármacos. Y es que el psiquiatra debe tomar en cuenta que al intentar suprimir algunos síntomas, como la agitación, el autismo, las alucinaciones está influyendo directamente en el campo de la conducta, la conciencia y la comunicación del paciente esquizofrénico.

Por último, hasta que se descubra el factor básico de la esquizofrenia, el tratamiento de este síndrome seguirá siendo un reto tanto para los estudiosos. Sin embargo, aunque los fármacos no son curativos, han ayudado a miles de esquizofrénicos en todo el mundo a vivir con más normalidad, lo cual les permite permanecer fuera de

los hospitales para enfermos mentales y, en muchas ocasiones, nunca ingresar a ellos.

CAPÍTULO 4

- 4.1 La psicoterapia.
- 4.2 Definición de psicoterapia.
- 4.3 Historia de la psicoterapia en la esquizofrenia.

4.1 La Psicoterapia

Desde inicios del siglo XVIII se comenzó a entender que los enfermos mentales eran como cualquier otro. Sin embargo, el vulgo e incluso muchos profesionales seguían mirando al enfermo mental como sospecha y recelo hasta que Sigmund Freud, el creador del psicoanálisis, golpeó férreamente y sin cavilaciones todos los prejuicios y dio al perturbado su ubicación justa como hombre que debe ser atendido, respetado y curado.

En 1904 Freud pronunció una conferencia en el colegio de Médicos de Viena, e hizo contar que la psicoterapia no era ningún método curativo moderno; por el contrario, era la terapia más antigua de la medicina.

La psicoterapia según Freud ofrece procedimientos y caminos muy diferentes y que cualquiera de ellos que conduzcan a la curación del enfermo, será bueno. En sí la sola promesa de mejoría que se prodiga consoladoramente al paciente corresponde ya a uno de los métodos psicoterapéuticos.

Sin embargo, para Freud la psicoterapia en esquizofrénicos no podría dar resultados, porque estos pacientes eran demasiado narcisistas -demasiado preocupados por sí mismos- para que el psicoterapeuta pudiera llegar a él.

No fue hasta los años 1920 cuando el psiquiatra estadounidense Harry Stack Sullivan y sus asociados adelantaron la opinión de que la aparente carencia de emoción del esquizofrénico escondía una sensibilidad extrema; ellos encontraron que sus pacientes eran capaces de formular intensas relaciones en psicoterapia.

En base a los trabajos de Freud se desprenden muchos trabajos en relación con pacientes en esquizofrenia, las cuales se describen en este capítulo.

4.2 Definición de psicoterapeuta

El mejoramiento del hombre no es una preocupación reciente, como tampoco lo es el estudio de la naturaleza y de los móviles de la conducta. A este respecto la psicología y sus

aplicaciones en psicoterapia corren paralelas con la historia del ser humano.

Sin embargo, el interés por el mejoramiento del hombre, no existiría de no haber en los innovadores una predisposición particular y netamente psicológica que es la libertad para sentirse descontento con las inferencias aceptadas.

Así, cuando el hombre se supo con capacidad de poder controlar, dominar, y explorarse a si mismo y a su mundo de manera más amplia, fue cuando realmente se concibió como un ser capaz de comprender su propio ser y sus posibilidades de cambio.

Fue a mediados del Siglo XVIII cuando se produjo una oleada de interés por estudiar y comprender al hombre. Ya de una manera sistemática, fue en el año de 1879, el Leipzig, cuando Wundt creó el primer laboratorio psicológico (Singer 1969).

Posteriormente en el siglo XIX, se planteó que la salud orgánica podría prevenir o curar todos los trastornos mentales pues se creía que todas las aberraciones psíquicas eran causadas por

alguna lesión física del cerebro. De esta forma surgió la teoría funcionalista.

Según ésta, las lesiones cerebrales producen alteraciones psíquicas; sin embargo, no se ha podido encontrar una lesión por cada trastorno. De esta forma se estableció una distinción: los trastornos de origen físico fueron denominados "orgánicos", en tanto que los que no presentaban tal etiología recibieron el nombre de "funcionales".

Los primeros requerían tratamiento físico; los segundos, psicológico. La psicoterapia moderna surgió de esta última premisa.

En el sentido apropiado de la palabra, **psicoterapia** quiere decir curación de la mente por medio de la mente (Wolff, 1974), es decir, sus métodos son de naturaleza psicógena, y no somática; y ya que las manifestaciones de la mente pueden comunicarse por medio de gestos, aún más, de la palabra, la psicoterapia es ante todo una técnica verbal. Su base está en las conversaciones sostenidas entre el paciente y el psicoterapeuta con el fin de

readaptar al paciente consigo mismo y con su medio ambiente. La psicoterapia es entonces un proceso para integrar la personalidad del individuo dentro y fuera de sí mismo.

Wolberg (1967) define a la psicoterapia como un procedimiento terapéutico que se establece entre dos personas (el paciente y el psicoterapeuta) para el tratamiento de trastornos emocionales sus metas son:

1. La desaparición de síntomas.
2. La reducción de síntomas.
3. Evitar el agravamiento de los mismos.
4. Tratar de estimular los aspectos y las capacidades sanas del paciente.

De acuerdo con esto, lo sano está relacionado con el grado en que una persona sea libre para percibirse a sí misma como una unidad que actúa y que reacciona con independencia, y que practica conscientemente las elecciones que se hallan a su alcance y las realiza con conciencia de la responsabilidad que significan. Por lo tanto, la psicoterapia tiene la finalidad de

acrecentar esa libertad para saber y la reducción de las limitaciones irracionales autoimpuestas.

Así, el éxito o el fracaso de un tratamiento psicoterapéutico depende, en su mayor parte, del deseo que el paciente tenga de cambiar la pauta de su personalidad. Además del deseo de readaptación, el paciente deberá tener la capacidad necesaria para comprender las razones de sus trastornos emocionales.

La finalidad de la psicoterapia según Wolff (1974) consiste en:

1. Disminuir la tensión ocasionadora de síntomas y ansiedades.
2. Traer al paciente a su propio nivel de desarrollo para que sea capaz de ajustarse a los diferentes medios y que se logre la compatibilidad con las pautas de su personalidad.
3. Y como resultado de las dos anteriores el paciente no solamente recuperará su capacidad de bienestar sino que desarrollará medios para obtenerla.

El individuo debe reconocer las exigencias de la sociedad; puede obedecerlas o rechazarlas, pero no puede escapar de ellas. Debe aprender a ver sus limitaciones y a aceptar los fracasos, pero también a confiar en sus facultades y aceptar los riesgos.

En la actualidad hay una gran variedad de psicoterapia pero esencialmente su estructura es la siguiente:

Objetivo	Reestructurar un conflicto emocional, específico e identificado como el problema primario.
Estrategia Básica	Mantener la relación transferencial en los límites de un buen rapport.
Tiempo promedio del tratamiento	El límite lo estipula el terapeuta, provocando interrupciones preparatorias y observando las reacciones del paciente a medida que éstas se manifiestan.

Frecuencia de sesiones	Una o dos veces semanales.
Disposición	El uso de diván a la conversación sentados frente a frente según lo requiera la situación.
Vínculo que tiende a instalar	La creación de una relación de confianza mutua (rapport).
Definición del rol del Terapeuta	El terapeuta es un observador activo y un participante activo de la experiencia psicoterapéutica del paciente.
Actitud del terapeuta	Tomar parte activa en la relación. Instruir al paciente cuando sea necesario.
Intervenciones esenciales	Interpretaciones.

4.3 Historia de la Psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia

Aunque es posible rastrear las raíces de la esquizofrenia hasta tiempos de los antiguos profetas y los adivinos, hasta los sacerdotes y los primitivos hechiceros, la psicología dinámica y la psicoterapia moderna derivan sin duda de la psicología creada por Sigmund Freud.

Las contribuciones de Freud al campo de la esquizofrenia permanecen en cierta manera incumplidas, porque se necesitaría repetir toda la teoría Psicoanalista, ya que cada sección de ella tiene algo relacionado, directamente o indirectamente con la esquizofrenia. Quizá lo más importante de todas las aportaciones del fundador del Psicoanálisis en relación con la misma, sea el concepto de simbolización, aunque en principio no se formule en conexión con este trastorno. Así, los importantes conceptos de Freud, tales como el sueño, inconsciente, represión y transferencia, son de gran valor al aplicarlos a la esquizofrenia. Freud fue el primer autor que realmente consiguió explicar el contenido de este síndrome

en términos psicológicos, y en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta problemática.

Sin embargo, Freud creyó que en la esquizofrenia hay una retirada de la libido de los objetos hacia uno mismo; por lo tanto no puede haber transferencia y sin transferencia no puede haber tratamiento posible.

Uno de los seguidores de los principios freudianos Jung, comprendió que las alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos preceden a la actividad del complejo que no podía estar bajo el dominio o corrección de la conciencia; describió la existencia del complejo autóctono en esta situación y percibió que la afectividad era la fuerza dinámica del complejo. Según el autor, muchos de los síntomas de la esquizofrenia son reproducción de arquetipos depositados en el inconsciente colectivo, también trató de hacer una descripción de la personalidad básica del esquizofrénico, identificándolo con el tipo introvertido en contraposición a la personalidad del histérico que identificó con el extrovertido.

Jung menciona la posibilidad de un mecanismo psicossomático en la esquizofrenia, ya que considera que ella no es un trastorno orgánico el que determinaría un desorden psíquico; sino que, un desorden emocional produciría un metabolismo anormal que causaría daño físico al cerebro.

Por otra parte, uno de los primeros y más famosos alumnos de Freud, Paul Federn, hizo repetidos y exitosos intentos de tratamiento con pacientes esquizofrénicos a pesar de las desanimantes teorías prevalecientes en su tiempo. Uno de sus principios fundamentales estaba basado en el concepto de sensación de ego; esto es, un reservario autónomo de libido en el ego. Pensó que el ego del esquizofrénico es más pobre, no más rico en libido como lo implicaban las teorías de Freud. También creyó que la transferencia con los esquizofrénicos era posible y lo demostró.

Otro principio de Federn, fue que en los esquizofrénicos los límites que separan las áreas de la psique (el ID del ego y el ego del mundo externo) están defectuosos, y por ello el material de ID invadía al ego; aún más, era proyectado hacia el mundo

exterior. La más importante meta en la terapia sería, pues, establecer límites normales.

Federn sostiene que es posible entablar una transferencia con la parte del paciente que se mantiene sana. La proporción entre las partes sanas y enfermas de una persona determina la duración de los intervalos entre sesión y sesión de terapia. Fundamentalmente en este método el paciente es guiado a entender que una parte de su ego está enferma y que esa parte no es confiable.

Dentro de la escuela freudiana es necesario mencionar la teoría de Melanie Klein, ya que ha sido aplicada por muchos investigadores al tratamiento de la esquizofrenia. De acuerdo con Klein muy temprano en la vida el ego desarrolla las capacidades de proyectar el introyector como defensas en contra de una exagerada y sobrecogedora ansiedad y/o sentimientos de aniquilación. En la posición esquizoparanoide, la cual ocurre durante los primeros cuatro o seis meses de vida, la naturaleza de la ansiedad es esencialmente persecutoria. Esta manera de experimentar ansiedad contribuye a hacer división

entre las partes buenas y malas de uno mismo, proyectándolas en objetos. Este proceso es la base de las relaciones objetales de tipo narcisista, tan prevalente en psicosis esquizofrénicas.

Aquí, los objetos exteriores no tienen su propia realidad sino valor bueno o malo en función de la parte de sí mismo que el sujeto esté proyectando; en otras palabras no existe la captación del objeto en realidad con sus propias características, sino con las que le son adjudicadas. Esta postura es francamente narcisista pues no hay una realidad sino la extensión de uno mismo en todo.

El punto de vista fundamental adoptado por los alumnos de Klein, como Rosenfeld y Winnicott, es que no es necesario hacer modificaciones a la técnica básica psicoanalítica para poder tratar a psicóticos. Winnicott posteriormente cambió y dio gran importancia a los factores ambientales.

Por su parte, Rosenfeld reporta que las manifestaciones psicóticas son anexadas a la transferencia tanto en la condición

aguda como en la crónica y esto es lo que debe llamarse el desarrollo de un psicosis transferencial.

El concepto de psicosis transferencial ya que había sido introducido por Federn. Pero contrariamente a éste, Rosenfeld cree que la psicosis transferencial es analizable y debería ser trabajada por su significado a través de interpretación.

En 1969 Rosenfeld describió cierto número de identificaciones proyectivas las cuales ocurren durante el tratamiento de los psicóticos. Es extrema la importancia de deslindar esas partes proyectadas de aquellas partes sanas libres de identificaciones proyectiva, pues éstas están en peligro de sucumbir ante las persuaciones de un ego delirante.

Otra importante contribución en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia es la de Benedetti, el cual acepta gran parte de los principios de Sullivan y Frieda Fromm-Reichmann, así como algunos conceptos existencialistas. Él cree que las dos herramientas principales en la psicoterapia de esquizofrénicos son compartir "los sentimientos del esquizofrénico" y la

"Interpretación". Benedetti piensa que una alta sensibilidad, extraordinaria necesidad de amor y una reactividad por arriba del nivel promedio hacen a los pacientes muy vulnerables a la esquizofrenia. El terapeuta debe extender los requerimientos inherentes al padecimiento del paciente, quien quiere que el terapeuta entienda su esencia -su ser de la manera que es aunque al mismo tiempo él lo rechace. La sociedad, incluyendo al terapeuta, tiende a evadir los requerimientos del paciente por medio de objetivizar sus síntomas y no permitirle que se queje o reclame.

En la misma línea psicodinámica se encuentra Otto Will. Entre los puntos más importantes de su planteamiento está su insistencia en que el terapeuta defina sus relaciones con el paciente rehusando los intentos éste por evitar definiciones tales como que él está marginado o su insistencia acerca de lo que él nunca podrá o que no hay nada que tratar, y que el terapeuta no es significativo para él.

Otto Will dio instrucciones muy precisas para establecer lo que él llamó "el desarrollo del vínculo de relación" entre el terapeuta y el paciente, que requerirá:

- a) Citas frecuentes entre ambos.
- b) Contacto entre ambos verbal, táctil, visual.
- c) Un despertar emocional.

Siguiendo con el tratamiento de la esquizofrenia se encuentra M. K. Bowers, quien aplicó hipnosis al tratamiento de la esquizofrenia -la opinión general es que este tipo de tratamiento no es posible con psicóticos-. Su hipótesis era que en la hipnosis el terapeuta rápidamente establece contacto con la parte más sana más interna del paciente. Afirmaba que el problema de la resolución de las relaciones simbióticas requiere de la máxima habilidad pero se asegura la posibilidad de una remisión. Un esquizofrénico hipnotizado exitosamente es llevado hacia una recuperación consistente en que él sea capaz de reincorporar en su relación al terapeuta. Esto hace posible el reestablecimiento de relaciones interpersonales.

En resumen, la psicoterapia es un proceso de aprendizaje por medio del cual la persona adquiere la facultad de dirigirse en forma apropiada para controlar su propia conducta.

Por otra parte los autores como Freud, Jung, Federn, Melanie Klein, Rosenfeld, Otto Will, abren un panorama por el cual la psicoterapia para pacientes con esquizofrenia ha atravesado, desde el punto de vista psicodinámico. A estos nombres habrá que agregar los de Harry Stack Sullivan, Freida Fromm-Reichmann y Silvano Arieti, los cuales se consideran con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

C A P Í T U L O 5

5.1 La psicoterapia en la esquizofrenia.

5.2 Harry Stack Sullivan.

5.3 Frieda Fromm-Reichmann.

5.4 Silvano Arieti.

CAPÍTULO 5

5.1 La psicoterapia en la esquizofrenia

Ante la abrumadora cantidad de publicaciones biológicas que suceden en la esquizofrenia los temas psicológicos y psicoterapéuticos de este síndrome mental, pareciera relegarse a un segundo plano. Es probable que sea así, pero la esquizofrenia es, entre otras cosas, una buena demostración de que por mucho que se avance en el conocimiento de ésta, los aspectos psicológicos, familiares y sociales siguen ofreciendo su gran presencia en la manera de enfermar, así como en el curso y en el pronóstico de los pacientes.

En este sentido los estudios psicodinámicos especulan frecuentemente acerca de que la esquizofrenia podría tener sus orígenes en la infancia e incluso algunos se remontan a la vida intrauterina; también encuentran como posibles factores casuales ciertas actitudes parentales y algunos elementos sociales en el ambiente del esquizofrénico.

El gran esfuerzo por explicarse psicológicamente la esquizofrenia ha dado lugar a elaboraciones de estudios muy importantes como los de Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann y Silvano Arieti, que en este capítulo se desarrollan.

5.2 Harry Stack Sullivan

Sullivan proporcionó una gran aportación, que consiste en la interpretación de la psiquiatría como el estudio de las relaciones interpersonales, en donde el psiquiatra debe interesarse más por lo que sucede entre las personas que por lo intrapsíquico.

Según Harry Stack Sullivan dice:

"No hay nada que sea intrapersonal o intrapsíquico; todo se deriva de las relaciones del individuo con otras gentes, en especial con personas con las que ha vivido en la infancia, sus padres o los sustitutos de sus padres, a los que denomina adultos significativos en la vida de un individuo. Todo es interpersonal; todos nuestros

pensamientos y fantasías tratan de personas, sean reales o imaginarias" (Sullivan, 1974. Pág. 25).

Así el organismo humano, según Sullivan, es tan extraordinariamente adaptable que no sólo podría vivir de acuerdo con las más fantásticas reglas sociales, si éstas le fueran debidamente inculcadas desde la infancia, sino que las mismas le parecerían, más allá de todo análisis, natural y apropiados modos de vivir.

Dicho en otros términos; antes de aprender el lenguaje, todo ser humano, aún los que pertenecen a la categoría más baja de imbecilidad, ha aprendido ciertos patrones generales de relación con un progenitor o con alguien que actúa maternalmente hacia él. Esos patrones generales se convierten en los cimientos, totalmente sepultados pero firmísimos, sobre los cuales se construye todo lo demás.

Algunas veces esos cimientos son tan distintos de lo que Sullivan describiría como buenos para vivir en una sociedad particular, que la evolución subsiguiente de la persona se

distorsiona marcadamente, apartándose del desarrollo convencional, es decir, del promedio, en el sentido puramente estadístico, del modo en que vive la mayoría de las personas. En esas circunstancias reconocemos los resultados como psiconeurosis o psicosis.

Más que cualquiera de sus contemporáneos, Sullivan comprendió que se podía tratar a la esquizofrenia por medios psicoterapéuticos, tomando en cuenta los factores psicológicos y sociales.

La terapia que Sullivan realizó con sus pacientes consistía en tratar al paciente por medio de entrar o compartir su mundo de la realidad. Así, Sullivan intentó un acercamiento directo y completo, por medio de la reconstrucción actual de la cronología de la psicosis; haciendo sentir al paciente que cualesquiera que fueran los sucesos acontecidos en su pasado estaban sólo relacionados a un número pequeño de personas. Desafortunadamente su muerte prematura hizo imposible conocer el reporte de sus técnicas terapéuticas.

Una contribución importante en la teoría de Sullivan es el concepto del dinamismo. Lo define como "los moldes o patrones relativamente perdurables de transformación de energía, que caracterizan repetidamente las relaciones interpersonales... que componen la clase de ser manifiestamente humano". En este contexto el molde es definido como el conjunto de las insignificantes diferencias particulares. Cada organismo desarrolla una variedad de moldes entretnejidos y superpuestos en relación con importantes zonas de interacción con el medio (tales como las zonas oral y anal), y así mismo en relación con importantes necesidades (tales como el hambre y la lujuria). Estos dinamismos son desarrollados y modelados por la primera experiencia interpersonal y luego llevados por la persona a su experiencia interpersonal subsiguientes.

El campo interpersonal está compuesto por la interacción de una variedad de dinamismos de dos o más seres.

Por lo que el dinamismo según Sullivan es:

"Es el patrón relativamente perdurable de transformaciones de energía que caracterizan recurrentemente al organismo en su duración como organismo viviente" (Sullivan, 1974, Pág. 129).

Sullivan parte de que los individuos que presentan desórdenes mentales no exhiben manifestaciones específicamente diferentes de las que caracterizan a casi todos los seres humanos. Constituyen la única excepción las personas muy gravemente disminuidas por factores hereditarios o por lesiones recibidas durante el nacimiento.

De esta manera Sullivan logra dar una dirección y un contenido más específico a la investigación terapéutica de la comunicación y la sintomatología del esquizofrénico.

Según él, se puede entender a la psicodinámica de la afección mental, incluyendo las manifestaciones esquizofrénicas, como un resultado y una expresión de una ansiedad intolerable, y al mismo tiempo como un intento de evitar esta ansiedad y mantenerla fuera de la conciencia. La ansiedad declarada tiene

que ser considerada como la experiencia más intranquilizadora y desconcertante a la que puede verse sometida a una persona.

Recordando ésto, el analista no se sorprenderá al descubrir que las comunicaciones y síntomas más extraños, de contenidos más ininteligibles e irracionales, e involucrando el mayor consumo del tiempo, pensamiento y energía pueden ser utilizados como operaciones de seguridad en presencia de una amenaza de ansiedad.

"Ansiedad", según la definición de Sullivan es:

"El malestar que el niño aprende a sentir ante la desaprobación del adulto importante que utiliza por primera vez la producción de tal malestar como un instrumento en la educación del niño, para hacerlo adaptarse a los requerimientos básicos de la aculturación". (Fromm-Reichmann, 1975, Pág. 78)

Así, el sistema del yo está delimitado en la personalidad por la necesidad de abrirse paso a través de las incomprensibles e

irracional normas de conducta establecidas por los padres; en otras palabras, el niño debe ser educado en un orden social muy complejo antes de que esté en condiciones de asimilar la razón y el sentido de todo el asunto, mucho antes de que el mecanismo se torne inteligible, supuesto, claro está, que sea posible hablar de inteligencia del orden social.

Desde el instante en que el sistema del yo comienza a aparecer es posible distinguir con bastante facilidad tres aspectos del proceso de la personalidad: primero, el yo lúcido y absolutamente activo; segundo, aquella parte de la personalidad a la cual la conciencia no tiene fácil acceso, es decir, al resto de la personalidad total, y dentro de ella el yo como la parte excéntrica; finalmente, el periodo consagrado al sueño, durante el cual el yo se encuentra relativamente adormecido, y se realizan muchas actividades que no sería factible ejecutar cuando está funcionando activamente.

Ahora bien, para esquivar o reducir al mínimo la ansiedad inherente a la incesante lucha destinada a defender al sistema del yo frente a los difusos procesos de referencia que no pueden

ser admitidos en la conciencia, entran en acción varios procesos específicos, los dinamismos.

Los dinamismos según el autor son aquéllos procesos que, si bien forman parte de toda personalidad, son al mismo tiempo los aspectos particulares de la dote personal, a menudo impropriamente utilizados.

En otras palabras, los dinamismos actúan en situaciones o con arreglo a métodos que no alcanzan su objetivo, o que en el mejor de los casos, alcanzan sólo un objetivo insatisfactorio.

La extraordinaria dependencia de una personalidad dada respecto de un dinamismo particular constituye, según Sullivan, el concepto fundamental que se debe tener presente cuando se reflexiona sobre el desorden mental.

El paciente esquizofrénico, por ejemplo, es a menudo una persona que en el pasado exhibió persistentemente el dinamismo de disociación como medio de resolver el conflicto entre ciertas poderosas necesidades y las restricciones que el yo impone a su

satisfacción, es decir, quienes han disociado un factor tan poderoso como la lujuria, por ejemplo, corren grave peligro de colapso esquizofrénico.

Sullivan considera estos dinamismos siguiendo un orden que en líneas muy generales es el mismo en que aparecen durante la evolución de la personalidad.

En primer término examinaremos la sublimación, que se inicia bastante precozmente en el curso de la vida y en segundo término el dinamismo obsesivo, que nace con el aprendizaje del lenguaje. Ambos dinamismos guardan relación con la protección del sistema del yo frente a la aparición en la conciencia de tipos de procesos referenciales de pensamientos o de sueños estrechamente relacionados con los procesos de naturaleza esquizofrénica de la fase final de la infancia y principios de la niñez.

La sublimación es un dinamismo que ocupa enorme lugar en las más primitivas fases de la educación o socialización, y que, por lo tanto, es útil a mucha gente en muy diversas situaciones de la

vida (entre otros propósitos, sirve para permitirles soportar desajustes benignos en lugar de experimentar graves desórdenes mentales).

Más concretamente, la sublimación es:

"La sustitución involuntaria de una pauta de conducta que suscita ansiedad o choca con el sistema del yo, por una pauta de actividad socialmente más aceptable que satisface parte del sistema motivacional que originó la perturbación" (Sullivan, 1974, Pág. 493).

Por consiguiente, los mecanismos sublimatorios son más complicados que la satisfacción directa de las necesidades a las que sirven. Pero no implican perturbación de la conciencia, ni reflexión sobre la causa que los determinan, o sobre el costo probable de la satisfacción directa. Simplemente, no hay conciencia de la necesidad de satisfacción directa.

El dinamismo obsesivo, un estado mórbido muy de moda en el pueblo norteamericano, puede aparecer y ciertamente hecha raíces

a edad bastante temprana de la vida. A medida que el niño acentúa su dominio del lenguaje, aprende a formular expresiones cuya referencia es aún exclusivamente personal, pero que son consideradas por papá, por mamá y por otros diversos censores como adecuados esfuerzos de adaptación.

También puede decirse que el dinamismo obsesivo radica en que el sistema del yo se encuentra atareado (en momentos de tensión, de estrés, de tribulación) con preocupaciones no muy complicadas, singularmente establece en el sentido de su invariabilidad y de su escasa progresividad, preocupaciones que suenan como las palabras del lenguaje adulto, aunque carezcan de su capacidad de comunicación.

Por lo tanto, cuando se habla de sublimación, se abstrae un proceso muy típico de un desarrollo en formas francamente esquizofrénicas.

En cuanto al dinamismo obsesivo, un estado de dependencia principal respecto de él precede actualmente a la aparición de fenómenos esquizofrénicos definidos, y ello ocurre con

frecuencia suficiente como para que se pueda presumir la existencia de una relación.

Otro punto importante para Sullivan es el sueño, dado que los extraños hechos que ocurren durante éste, y que a veces deja huellas en las vivencias del día siguiente, son contribuciones a nuestra comodidad. De modo que se vuelven los ojos hacia el mundo de los sueños y se advierte que en él se satisface buena parte de las tensiones en proceso de sublimación. A veces, las necesidades insatisfechas en estado de vigilia no pueden ser resueltas por las operaciones simbólicas realizadas durante el sueño.

De esta forma el sueño es el lapso caracterizado por la total ausencia del sistema del yo como entidad funcional; pero es el único momento de la vida durante el cual las actividades del sistema de yo son casi residuales.

Por consiguiente, las necesidades que no es factible satisfacer en estado de vigilia, pueden ser satisfechas (cuando no son

fuentes de tensiones excesivas) mediante operaciones simbólicas, de modo que no susciten dificultades.

Sullivan también destaca un dinamismo que en la historia vital de cada uno aparece en la conciencia en los niños muy pequeños, quizá antes aún que la sublimación; es el que agrupa a los diferentes tipos de procesos referenciales, forma de pensamiento o de ensueño que la mayoría abandona cuando comienza a asimilar las pautas de la comunicación verbal, pero que en la esquizofrenia, contrariamente a la experiencia de casi todos nosotros, aparecen conscientemente en el estado de vigilia.

Los niños aprenden, se adaptan a situaciones a veces extraordinariamente complejas, creadas por los padres, los tíos, los abuelos y los hermanos.

Como preliminar a un planteamiento central de la disociación, Sullivan considera ciertas entidades habitualmente denominadas emociones, las cuales son: el dinamismo del temor, la cólera, la ira y el odio. Aunque Sullivan no tiene muy claro cual de

ellos aparece primero durante el desarrollo de la personalidad, principalmente porque no se sabe gran cosa sobre la proporción de experiencia implícita en el acto de nacer. Sea como fuera, quizá el primer lugar corresponda al temor.

Según Sullivan éste consiste en:

"Una disminución muy aguda de la euforia. En este sentido, se relaciona con la ansiedad, que está en la raíz del desarrollo del sistema del yo. Sin embargo, la ansiedad es un dinamismo suscitados por empatía, y es producto de la educación y de la vida entre personas significativas. El temor no posee estas características; es un recurso muy generalizado entre los seres vivos, y su propósito es la preservación del individuo. Por lo tanto, no es tan exclusivamente humano ni preternaturalmente social como la ansiedad. Quizás el temor y la ansiedad se sientan más o menos del mismo modo. Pero el temor, según se manifiesta habitualmente, es ese 'manejo' de procesos suscitados por la gran novedad de una situación, o por un aspecto realmente peligroso de una situación, por un aspecto muy desagradable,

en el sentido de que provoca dolor o grave incomodidad" (Sullivan, 1974. Pág. 103).

La cólera constituye un modo de encarar la ansiedad aprendida precozmente, en el momento del vínculo enfático con adultos significativos, antes de que existan procesos de pensamiento particularmente analíticos. Este modo de encarar la ansiedad aparece probablemente la primera vez que un adulto significativo provoca, por error, ansiedad en el niño. En tales circunstancias, casi invariablemente, el niño se siente herido y colérico.

La cólera misma, es un elemento del equipo biológico, en el cual se entrelaza una considerable proporción de mecanismos somáticos.

Si los berrinches de los niños pueden ser considerados accesos de ira, deben ser más o menos las más precoces apariciones de este dinamismo. La ira se define como la descarga simbólica de un elevado grado de cólera, cuando el propósito directo de esta

última, es decir, la destrucción o expulsión del factor de amenaza no puede ser alcanzado. Por lo tanto, la ira es un dinamismo más complicado que la cólera.

Por otra parte, el sentimiento de culpa es la señal de la conciencia que, salvo la existencia de situaciones hipercomplejas, constituye un criterio seguro para determinar si se ha violado algún elemento realmente importante de nuestra particular organización de la personalidad.

Las formulaciones sobre el sentimiento de culpa contribuyen con particular facilidad al complicar la clara expresión de la ansiedad, debido a que existe un elemento muy conspicuo de ansiedad en el más auténtico sentimiento de culpa. Ello se debe a que desde muy temprano se nos educa para nos sintamos inseguros cuando infringimos nuestras propias normas, lo mismo que cuando nos oponemos al medio personal significativo, o lo perturbamos o molestamos.

Por último, el dinamismo de orgullo posee dos aspectos infortunados, el primero consiste en que allí donde la seguridad

depende de ciertos usos particularmente destacados del dinamismo de orgullo; es inevitable que exista buena proporción de desatención selectiva, y que la persona en cuestión posea escaso dominio del aspecto especial de la realidad que es eje de este sentimiento de orgullo.

El segundo, consiste en que dicha persona es vulnerable al ataque frontal. Una situación que amenace "descubrirlo" crea el mismo antiguo clima que presidió la adopción original de este dinamismo como parte del yo.

5.3 *Frida Fromm-Reichmann*

Frida Fromm-Reichmann trabajó estrechamente con Sullivan. A diferencia de él, ella se hizo mejor conocida por su trabajo como terapeuta que por sus contribuciones teóricas.

La investigación de Frida Fromm-Reichmann sobre la desintegración y la reintegración en la esquizofrenia arrojó nuevos estudios de las psicosis esquizofrénicas, así como en el

de las maniaco-depresivas, afecciones fronterizas y psiconeurosis típicas.

Fromm-Reichmann denominaba a su terapia de pacientes psicóticos "psiooterapia orientada psicoanalíticamente" pues tenía conciencia de que las diferencias cuantitativas y cualitativas entre la dinámica de los pacientes psicóticos y la de los neuróticos hacían necesarias algunas modificaciones del psicoanálisis clásicos.

Para poder describir los procedimientos psicoterapéuticos de Fromm-Reichmann, en primer lugar hay que tener un conocimiento de las reacciones de transferencia de la esquizofrenia, y en segundo lugar, cómo intenta enfrentarlas.

La doctora Fromm-Reichmann parte de que:

"El esquizofrénico es una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en una época en la que su yo y su aptitud para examinar la realidad todavía no estaban desarrollados. Estas tempranas experiencias

traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones de años posteriores" (Fromm-Reichmann, 1975. Pág. 8).

Estas experiencias traumáticas sufridas en este temprano período de la vida causarán más daño a la personalidad que las que se producen en la etapa posterior de la niñez. Por otra parte, la temprana experiencia traumática abrevia el único período de la vida en la cual el individuo goza, generalmente, de una completa seguridad, poniendo de tal modo en peligro la posibilidad de almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo, por decirlo así, que usará posteriormente en su lucha por la vida.

Asimismo y, debido a la muy temprana lesión y a la subsiguiente cadena de frustraciones que sufre el esquizofrénico antes de ceder finalmente al trastorno mental, se muestra extremadamente suspicaz y desconfiado ante todo el mundo, y especialmente ante el psicoterapeuta, por lo que en la aproximación del médico involucra:

1. La amenaza de ser obligado a volver a las frustraciones de la vida real y a poner de manifiesto su incapacidad de enfrentarla.
2. Una repetición de la injerencia agresiva con que tropezó en circunstancias anteriores respecto a sus peculiaridades y síntomas iniciales.
3. En anhelo de un contacto y una comprensión humana, pero teme admitir tal cosa ante sí mismo o ante el terapeuta, por miedo a una nueva frustración.

Así, el analista debe de tomar en cuenta que:

1. No se le debe de pedir al paciente ni que se recueste, ni que produzca asociaciones libres; estos requerimientos no tienen sentido para él.
2. Es importante que haga sentir al paciente lo suficientemente cómodo y seguro como para abandonar su aislamiento narcisista defensivo y usar al médico para restablecer el contacto con el mundo.

3. Debe observar y evaluar todas las palabras, los gestos, cambios de actitudes y semblante del paciente.
4. Tratar de entender, y hacerle notar al paciente que está tratando.
5. No debe hacer preguntas cuando no comprende, pues no puede saber qué secuencia de pensamientos, lejano sueño, o alucinación está interrumpiendo.
6. Debe dar pruebas de comprender, cuando lo logra, respondiendo cautamente con gestos o acciones apropiados a la comunicación del paciente.
7. La manera ideal de enfrentar l hostilidad del paciente es hacerlo sin temor y sin una hostilidad opuesta, ya que entre menos perciben los pacientes en el terapeuta, son menos peligrosos.
8. El esquizofrénico pedirá sugerencias cuando esté dispuesto a recibirlas, mientras no lo haga, lo mejor que se puede hacer es escuchar.

Tomando en cuenta estos ocho puntos, el esquizofrénico se sentirá más cómodo con su analista. Así quienes padecen

esquizofrenia son capaces de establecer relaciones y reacciones de transferencia adecuadas; pero la psicoterapia exitosa con ellos depende de que el analista comprenda la significación de estos fenómenos de transferencia, y los trate apropiadamente.

Las complejidades del manejo de esta situación invita a debatir el papel que juega en el tratamiento de los esquizofrénicos la personalidad del terapeuta, dado que algunos de los fracasos no se deben a las técnicas terapéuticas utilizadas, sino a los problemas personales del psicoterapeuta en su trato con esquizofrénicos, y a la personalidad de aquél.

Por lo que *Frida Fromm-Reichmann* recomienda:

"Que el terapeuta se habitúe a percibir y controlar sus propios sentimientos y motivaciones disociados, y a superar su propia inseguridad y ansiedad, antes de trabajar con pacientes esquizofrénicos. Podría evitarse entonces muchos fracasos en el tratamiento de los esquizofrénicos, debidos a la incapacidad del terapeuta de

afrentar adecuadamente los problemas interpersonales suyos y del paciente". (Fromm-Reichmann, 1975, Pág. 85).

La Dra. Fromm-Reichmann ha logrado algunos nuevos conocimientos de la dinámica de la sintomatología esquizofrénica del que han derivado algunas variantes en los detalles del tratamiento los cuales son:

1. Se han revisado en cierto modo la vieja hipótesis según la cual las tempranas experiencias de frustración y rechazo padecidas por el esquizofrénico eran de suprema importancia para la comprensión interpretativa y el tratamiento.
2. Se ha visto con mayor claridad las necesidades de dependencia, suscitadoras de conflicto, de los pacientes esquizofrénicos.
3. Se ha entendido más claramente la devastadora influencia de la hostilidad esquizofrénica sobre los mismos pacientes, en relación con sus estados de autismo y regresión parcial (yo débil) - automenosprecio autista).

4. Esto ha conducido a una reformulación, terapéuticamente útil, de la ansiedad de los pacientes esquizofrénicos en cuanto a un resultado del conflicto humano universal entre dependencia y hostilidad, que en la esquizofrenia está abrumadoramente magnificado.

5. Se ha esclarecido el múltiple significado de algunas comunicaciones esquizofrénicas, y su influencia sobre los esfuerzos interpretativos del psiquiatra"

(Fromm-Reichmann, 1975. Pág. 112).

El valor de Fromm-Reichmann al tratar pacientes muy difíciles y sus cualidades personales como, su genuino afecto, humildad y exquisita intuición psicológica, ciertamente jugaron un importante papel en el establecimiento de un ambiente terapéutico de aceptación para el esquizofrénico, lo cual estimuló a otros para actuar terapéuticamente en el mismo sentido. No obstante sus ideas básicas sobre psicoterapia para esquizofrénicos nunca han sido integradas en un todo sistematizado, quizás esto se deba a una falta de un sistema teórico original.

Al respecto, se apoyó en Freud (Teoría Psicoanalista) y más ampliamente en Sullivan.

La idea de Sullivan en que algún grado de relación interpersonal se mantiene a través de la vida de todos y cada uno incluyendo a los esquizofrénicos fue un pre-requisito básico para sus intentos de establecer una relación transferencial con los psicóticos. Fromm-Reichmann subrayó que si es muy difícil para los pacientes confiar en cualquiera, aún en el terapeuta, y si posteriormente el éste los decepciona en cualquier sentido, su decepción es experimentada como una repetición de traumas tempranos que dan como resultado enojo y hostilidad.

Fromm-Reichmann trataba a los pacientes con sesiones diarias y no hacía uso del couch ni del método de asociación, ella descansó mucho menos que otros autores en los efectos de la interpretación.

La Dra. Fromm-Reichmann hizo un uso cauteloso de estos elementos, pero de cualquier manera enfatizó que la sintomatología es susceptible de diversas interpretaciones,

todas correctas, y que por ello es a menudo inútil dar interpretaciones que finalmente resultarán parciales.

Fromm-Reichmann estuvo entre los primeros que enfatizaron que la soledad de esquizofrénico tiene una larga y triste historia. Contrariamente a lo que muchos observadores han creído, el paciente no es feliz con su marginación y de alguna manera está listo para reanudar relaciones interpersonales, siempre que encuentre una persona que sea capaz de remover sus suspicacias y desconfianza las cuales se originaron con la primera relación interpersonal y lo llevaron a crear un patrón de soledad.

Fromm-Reichmann considera que los esquizofrénicos sufren, aunque en un grado mucho menor, como toda persona en nuestra cultura, por la tensión existente entre las necesidades de dependencia y el anhelo de libertad, entre las tendencias de tenaz dependencia y las de hostilidad.

Trata de explicar al paciente sus síntomas; son formas de remodelar su experiencia de vida en consecuencia de, o como

resultado de su pasado distorsionado o de sus relaciones interpersonales.

Quiere que el paciente sea conciente de las carencias que tuvo en su vida temprana, y esto tiene que lograrlo en un nivel realista. Él no tiene que distorsionar o transformar simbólicamente esas pérdidas, sino que debe aceptar lo irremediable de los hechos y que a pesar de ello es perfectamente capaz de integrarse en un mundo de relaciones. Será mucho más fácil para él cuando reconozca su miedo a la cercanía y más aún el miedo a su propia hostilidad.

Otro punto importante que destaca la Dra. Fromm-Reichmann es el de que la primera repulsa traumática infantil del esquizofrénico lo condiciona y sensibiliza hasta el punto de que muchas experiencias posteriores son para él una repetición traumática de la primera. Al enfermar, enfrenta este peligro con una actitud, una acción y un lenguaje defensivo. Entre ellos se encuentran las estereotipias.

Las estereotipias esquizofrénicas sirven frecuentemente para encubrir sentimientos amistosos que requieren una respuesta favorable. Son un medio de defensa contra la no aceptación y el rechazo.

Respecto a la administración de sedantes químicos de la Dra. Fromm-Reichmann señala:

"La psicoterapia se propone traer a la conciencia las raíces inconscientes de los problemas de los perturbados mentales. Los sedantes farmacológicos oscurecen la conciencia de lo que sucede durante los episodios de perturbación, y reduce la capacidad del psicótico para elaborarlos y comprenderlos, sea en el momento o después. Si bien alivian estados de tensión aguda, pueden denotar el alivio permanente que trae la recuperación por la introspección psicoanalítica. La hospitalización debe ofrecer a los psicóticos la oportunidad de pasar por sus episodios de perturbación con la menor interferencia restrictiva que sea posible; de aquí se sigue que es deseable un mínimo de calmantes químicos" (Fromm-Reichmann, 1975).

Sin embargo, afirma que hay estados psicóticos de tal gravedad, o estados de seria perturbación de duración tan prolongada, o estados prolongados de tal grado de ansiedad, que sería un error de juicio médico pedirle al paciente que los totales sin ningún auxilio farmacológico.

Fromm-Reichmann inspiró a muchas personas no sólo como terapeuta sino también como maestra; muchos de sus alumnos, aunque mantienen las líneas básicas de su orientación, han hecho importantes contribuciones. Entre ellos son de mencionarse Otto Will y Harlod Searles.

5.4 Silvano Arieti

El concepto fundamental de la interpretación dinámica de la esquizofrenia puede resumirse en la siguiente frase: "La esquizofrenia es una reacción específica a un estado extremadamente intenso de ansiedad, originado en la infancia y reactivado después en la vida". Hay que añadir que esta reacción específica se presenta cuando el "enfermo" no encuentra

ninguna otra solución, ninguna otra posibilidad de regulación o ajustamiento.

Una característica exclusiva de la especie humana, la infancia prolongada, constituye la base de esta situación mental, que también es específica del hombre. Así, el recién nacido de muchas especies se encuentra desvalido y depende del amparo de los padres para sobrevivir. Tiene algunas necesidades como alimento, sueño, reposo, calor y contacto con el cuerpo de la madre, que han de ser satisfechas. Cuando estas necesidades se cubren, se sigue un estado de "Satisfacción".

El ser humano joven, a causa de su organización más complicada, tiene una necesidad adicional, igualmente importante; la necesidad de seguridad; es decir, el sentimiento de estar seguro. Esta particular necesidad de seguridad se siente antes de terminar el primer año de vida, ya que, contrariamente a lo que ocurre en otras especies, el niño depende aún de los demás. Ambas, la sensación de satisfacción y de seguridad, sin fusión de los otros, o sea, de las relaciones que el niño tiene con los contados adultos que lo cuidan. La falta de

satisfacción de estas necesidades ocasiona un estado de ansiedad.

Así, algunos de los factores que producen ansiedad son la preferencia por otros niños, promesas incumplidas, falta de aliento estimulante, decepciones, inestabilidad de los padres de forma que la valoración de lo que está bien y mal se halla en constante cambio. Las escenas violentas de padres violentos, de padres alcohólicos y psicopáticos son causa de ansiedad en el niño.

Por lo que según Silvano Arieti afirma:

"El niño que se encuentra en esta atmósfera de disgusto y ansiedad intentará protegerse vivamente buscando un modus vivendi, hallar un término medio. Los mecanismos de defensa que maneja son multiformes. Algunos son respuestas a las relaciones interpersonales anormales del principio, independientemente de que el individuo siga más tarde un patrón de conducta psiconeurótica o psicótico" (Arieti, 1965. Pág. 38).

Para Silvano Arieti, un tipo de defensa consiste en apartar de la conciencia experiencias que permanecerán como parte del inconsciente y continuarán influyendo sobre la conducta del individuo mediante mecanismos inconscientes.

Cabe hacer notar que el desarrollo en los primeros años de vida, ocurre un nivel no verbal o preverbal, dado que el niño no es capaz de verbalizar sus sentimientos, que permanecen muy confusos, inconsistentes y a veces cotradyctorios a si mismo.

Por otro lado, en muchos de los casos sería imposible pronosticar por la historia anterior del paciente si se va a desarrollar una psiconeurosis, una condición psicopática o una psicosis. En efecto, el rasgo fundamental, la existencia de ansiedad en la infancia, es común a estos tres tipos de trastornos psiquiátricos no obstante, para Silvano Arieti en la historia de la infancia del paciente esquizofrénico, que en este periodo de la vida fue de intensidad tan enorme, la ansiedad de los pacientes, que no se pudo estructurar suficiente estimación propia ni sensación de autoidentidad, además ciertas tendencias del desarrollo psicológico prevalecen sobre otras.

Así, una madre dominante, regañona y hostil, que no da al niño ocasión para asegurarse a sí mismo, está casada con un hombre dependiente, inseguro, demasiado débil para ayudar al niño. Un padre que no osa proteger al niño por temor a perder la correspondencia sexual de su mujer o, simplemente, porque no es capaz de oponerse a su fuerte personalidad.

La perturbación creada por una situación como la anterior se considera frecuentemente en cierto modo, como una corriente que fluye del padre al hijo. Realmente esto es sólo un aspecto simplificado de la situación; sin embargo, la relación de padre al hijo dificulta la organización de las defensas del yo, lo cual es frecuentemente un preludio del trastorno esquizofrénico.

Otro aspecto importante para Silvano Arieti, es el de la personalidad esquizoide. Quien la tiene se muestra apartado, separado, menos emotivo que una persona corriente, menos interesado y menos comprometido. En realidad, en un plano inconsciente, el esquizoide es muy sensible, pero ha aprendido a esquivar la ansiedad por dos medios: primero,

mediante el distanciamiento físico de situaciones capaces de despertar ansiedad; y el segundo, reprimiendo emociones.

Además, con frecuencia el esquizoide adquiere cierta lúcida percepción de la naturaleza de su personalidad. Reconoce que su aislamiento es una solución muy insatisfactoria, y realmente tiene razón al sentirlo así.

Es esquizoide logra una pseudosolución privándose de una buena parte de su vida, pero al actuar así puede hacer que la parte de su vida que continúa viviendo sea todavía más desagradable e inestable. Aumenta su hostilidad inconsciente y su resentimiento; su aislamiento emocional y social no son suficientes para protegerle por entero de la ansiedad; por otra parte, alberga deseos no manifiestos de volver a conectarse con la vida emocional y social de la que él mismo ha tratado de apartarse.

Además del esquizoide, existe otro tipo de personalidad que se encuentra con frecuencia en personas aptas para volverse esquizofrénicas. Este tipo lo designa Silvano Arieti, con el

nombre de personalidad violenta, explosiva o tempestiva. Este tipo de personalidad no encuentra una solución en su estado de aislamiento. En sus intentos de ganar la aprobación y amor paterno y de evitar su desaprobación ensayan todo tipo de actitudes, y todas ellas en grado extremo. Otra característica que se encuentra con más frecuencia en la personalidad tempestiva, es cierta incapacidad para elaborar una imagen relativamente estable de sí mismo.

Resumiendo, todas las defensas han fallado o son reconocidas como fútiles, y el paciente es incapaz de contrarrestar su estado de ansiedad. Si el desarrollo de los acontecimientos sigue un curso agudo, el paciente cae en un estado de pánico. Ha hecho todo lo posible para defenderse, y todo ha fracasado. La personalidad esquizoide ya no le protege; la personalidad tempestiva provoca otras crisis de la que no puede salir. No encuentra forma de ajustarse a la realidad ahora tiene qué cambiar la "realidad". Y lo hará entrando en la psicosis.

Arieti menciona los siguientes puntos en el tratamiento de la esquizofrenia; primero la técnica de la sesión psicoterápica; en

segundo lugar, los sentimientos y actitud general del terapeuta; en tercero, la participación general en la vida del paciente y la asignación de tareas.

Respecto a la sesión psicoterápica señala que:

1. En la mayoría de los casos lo mejor es sentarse cerca del paciente.
2. La conversación debe ser agradable y consistir en tópicos neutrales, es decir, en temas que no aumenten la ansiedad del paciente.
3. El paciente debe sentir que se está haciendo un esfuerzo benevolente y sincero de llegar hasta él, sin pedirle nada.
4. Cada pregunta es experimentada por el esquizofrénico como una imposición o una instruccción en su vida privada, y aumentará su ansiedad, su hostilidad y su deseo de socialización. En ciertos aspectos, el esquizofrénico es como un niño pequeño. Cuando un extraño visita a una familia y al saludar a un niño pequeño le hace

- preguntas, no será aceptado por el niño, porque creará que el extraño quiere hacer algo de él.
5. No se debe ser demasiado perturbador o inquisidor. Si el paciente dice "ellos me están persiguiendo" el terapeuta tiene que procurar no preguntar al paciente quiénes son los perseguidores.
 6. El terapeuta debe oír pacientemente; no pretenderá que comprender porqué el paciente revele alguna pretensión, sino que mantendrá una actitud benevolente y mostrará el deseo de comunicarse incluso en un nivel no verbal.
 7. En la mayoría de los pacientes esquizofrénicos la asociación libre no debe ser aconsejada, puesto que incrementa la ya sensible tendencia a la dispersión de pensamientos.

Así mismo Arieti afirma que:

Una de las primeras cosas que el terapeuta debe analizar cuando acaba de empezar el tratamiento, es su propio sentimiento hacia el paciente. Si experimenta un intenso sentimiento de

empatía e interés por él, es probable que lleguen a establecer contacto importante. Si por el contrario, tiene el sentimiento de que está aburrido o irritado, o que su paciencia se está acabando, por ejemplo, cuando el paciente es evasivo, resultará difícil establecer un contacto terapéutico importante.

La actitud general del psicoterapeuta debería ser; de aceptación, fogosidad, amabilidad y consideración. La expresión, el gesto y la voz del terapeuta debe llevar estos sentimientos al paciente, en especial si éste estuvo expuesto a una franca hostilidad al principio de su vida.

El psicoterapeuta no debe ser sorprendido jamás en ningún acto que haga al paciente desconfiar de él; debe recordar siempre que aquél desconfió primero de sus padres y después de la sociedad, y por eso es que necesita mantener su aislamiento.

Por otra parte, gran parte de la reintegración del paciente consiste en reconstruir su propia estimación. En realidad, sólo si siente que la está reconstruyendo continuará el tratamiento. El miedo que muchos pacientes, incluyendo los psiconeuróticos, sienten por la terapéutica, no es nada más que dicho tratamiento disminuirá, más bien que incrementará su propia estima. Este temor es particularmente notorio en los esquizofrénicos, porque, en realidad, casi toda la relación interpersonal que han tenido ha causado una herida en su propia estimación. El psicoterapeuta ha de tener como finalidad ayudar al "enfermo" no sólo a dispersar este miedo, sino a incrementar su confianza en sí mismo.

Los trabajos de Arieti se adaptaban en todo a la capacidad del paciente; le pedía que hiciese lo que razonablemente se esperaba de él, y, por tanto, su inseguridad no se incrementaba.

De esta forma, el "enfermo" lograba cierta aprobación o tratamiento preferente, que incrementaba su propia estimación. Por tanto, el trabajo no lo consideraba originalmente como una exploración, sino como una forma de mejorarse.

Actualmente se somete a los esquizofrénicos a dos clases importantes de terapéutica: terapéutica física, de varios tipos, tales como los tratamientos con choques, psicocirugía y psicoterapia.

La psicoterapia en la esquizofrenia, apunta a los siguientes resultados:

"Primero, en un atmósfera de aceptación consagrada, confianza y esfuerzo para llegar a él, el paciente se retrae en establecer comunicación con los demás y en abandonar sus formas específicas e individualistas de vivir. Segundo; con el aumento de la incapacidad para establecer comunicación, especialmente con el terapeuta, el paciente gana conocimiento de la naturaleza genética y dinámica de sus dificultades. Tercero; a través de varios esfuerzos coordinados, el paciente gana en propia estimación" (Arieti, 1965, Pág. 363).

El mismo autor menciona que sólo se tendrá éxito si estos tres fines son alcanzados. No basta la pretensión de alcanzar uno o dos de estos fines, como abogan algunos psicoterapeutas.

Arieti afirma que el promedio de los casos prefiere la psicoterapia y con muchos pacientes usó una combinación de psicoterapia y terapia con fármacos. Para Silvano las terapias físicas producen solamente avances en lo sintomático, mientras que la psicoterapia tiende a:

1. Remover el conflicto básico, el cual es necesariamente un elemento causal del desorden.
2. Corregir los patrones psicopatológicos.
3. Cambiar la autoimagen del paciente y por lo tanto hacerlo menos vulnerable.
4. Permitir a las fuerzas psicológicas regenerativas del organismo recobrar el campo perdido.

Esto no significa que el autor descarte las terapias físicas, por el contrario, exceptuando la psicocirugía, las encuentra muy útiles en situaciones como las siguientes:

1. Cuando la psicoterapia para psicóticos no es posible ser usada en ese paciente (y desafortunadamente no

es factible para la mayoría de los pacientes) las terapias físicas deben ser aplicadas.

2. La psicoterapia no es eficiente en todos los casos. A pesar de que en las dos últimas décadas se han hecho grandes progresos, nuestra técnica no es completamente satisfactoria. Se han encontrado pacientes (afortunadamente en número decreciente) que no mejoran. Y en raros casos, las intervenciones interpersonales, aún de terapeutas muy experimentados, incrementen la ansiedad de los pacientes hasta tal punto que amplían su desintegración psicótica. Quizás con el refinamiento de la técnica tales como eventualmente desaparezcan.
3. Shoks y psicodrogas deben ser usadas en los casos urgentes en los que ocurre además una enfermedad física. Aquí los resultados deben ser obtenidos rápidamente y mucho antes de los que podría esperarse con un procedimiento psicoterapéutico largo.

Aún cuando se usen con éxito las drogas o shocks la psicoterapia es muy importante para prever recaídas.

Actualmente un número creciente de pacientes son tratados con una combinación de psicoterapia y drogas. Las drogas reducen la ansiedad y hacen al paciente más accesible.

En la experiencia de Arieti esta combinación no acorta el tratamiento pero tiene la gran ventaja de hacer innecesaria la hospitalización de muchos pacientes. En muchos casos un esquizofrénico florido pasa a ser un esquizofrénico ambulatorio. Esta transformación no debe de ser minimizada ya que muchos pacientes pueden funcionar y trabajar en su comodidad mientras están bajo tratamientos efectivo.

Silvano Arieti considera que en todo tratamiento para esquizofrénico deben tomarse en cuenta cuatro aspectos básicos:

1. El establecimiento de la relación con el paciente.
2. El tratamiento de la sintomatología psicótica.

3. El análisis de su psicodinamia; esto es adquisición de conciencia acerca de sus motivaciones inconscientes y de concientización con respecto del origen y desarrollo del desorden.
4. La participación general en la vida del paciente.

Estos cuatro aspectos que Arieti maneja son indispensables, para orientar adecuadamente un tratamiento.

Se ha encontrado que es importante hacer énfasis en el carácter decididamente directivo que tiene la psicoterapia que se hace con esquizofrénicos, en contraste con la terapia que se hace con esquizofrénicos, en contraste con la terapia que se hace con pacientes neuróticos, en las cuales por lo general se ayuda al paciente a ver qué es lo que está haciendo y las consecuencias que ello traerá a su vida, pero se le deja a él toda la libertad de elección.

En el caso de esquizofrénicos el deterioro de su capacidad de juicio es tal que la actitud con la que el terapeuta enfrenta los momentos de elección es claramente directiva y conductora

hacia las metas que él haya planteado en el tratamiento del paciente. Por ello cuando Arieti menciona en el cuarto aspecto, participación general en la vida del paciente dice; "nosotros tenemos que pensar que el terapeuta se involucrará no sólo con el paciente sino también con sus familiares y con su medio social".

Así, la terapia con drogas establece cierta distancia entre el paciente y su síntoma angustiante, lo cual es bueno terapéuticamente, por otra parte si el paciente recibe tratamiento con drogas experimenta menos ansiedad, y termina siendo de alguna manera sensitivo a la psicoterapia.

Por lo tanto cada caso debe ser evaluado individualmente. Se tiene que decidir en última instancia se gane o pierda más adjuntando una terapia con drogas. En un número considerable de casos la ganancia supera a la pérdida.

No importa qué tratamiento se escoja para el paciente esquizofrénico; quien lo trate no puede ignorar la psicoterapia y en cierto sentido, no puede escapar de practicar psicoterapia

con el paciente esquizofrénico, aunque no se haya decidido propositivamente.

En resumen, el desarrollo de una posición teórica realizado por Sullivan y las maniobras terapéuticas concomitantes destinadas a ayudar al paciente a que obtenga resultados cada vez más lúcidos son obras maestras de razonamiento. Ofrece particular interés el desarrollo del concepto que denomina, según el caso, "dinamismos", "dinamismos interpersonales" y "dinamismos de dificultad". Se trata de procesos de interacción entre individuos, que aceleran o retardan el establecimiento o mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. La mayoría de los dinamismos examinados en este capítulo se relacionan con el mantenimiento de la seguridad, en oposición a la persecución de satisfacciones.

En general podría decirse que Sullivan da una gran importancia a la interacción humana. Como ha sido reiterativo en la interpretación psicodinámica de este síndrome mental, el énfasis se coloca en las alteraciones del yo, con las debidas repercusiones en el manejo de las ansiedades extremas, de la vergüenza pavorosa y en la pérdida abismal de la autoestima.

De acuerdo a lo mencionado por Harry Stack Sullivan, Frida Fromm-Reichmann y Silvano Arieti, se podría decir que por medio de la psicoterapia, el paciente

esquizofrénico tendría muchas posibilidades de reestablecer relaciones interpersonales y afectivas que le permitieran superar su problemática.

Estos tres autores tienen como base común las situaciones interpersonales, las comunicaciones inadecuadas, y la evolución en el desarrollo de la esquizofrenia.

Con respecto a los fármacos, tanto Fromm-Reichmann como Silvano Arieti mencionan o prefieren utilizar la psicoterapia y con muchos pacientes usar una combinación de psicoterapia y terapia de fármacos.

CAPÍTULO 6

- 6.1 Propuesta psicoterapéutica.
- 6.2 Características del psicólogo para un mejor tratamiento de la esquizofrenia.
- 6.3 Características de la esquizofrenia que el psicólogo debe tener en cuenta para un diagnóstico adecuado.
- 6.4 Características de personalidad del paciente.
- 6.5 Características sociales del paciente esquizofrénico.
- 6.6 Intervención terapéutica.
 - 6.6.1 Recomendación para una mejor psicoterapia.
 - 6.6.2 Logros principales en la psicoterapia.
- 6.7 Puntos importantes en el tratamiento.
 - 6.7.1 Ansiedad.
 - 6.7.2 Seguridad.
 - 6.7.3 Afectividad.
 - 6.7.4 Relaciones interpersonales.
 - 6.7.5 Fármacos.

C A P Í T U L O 6

6.1 *Propuesta psicoterapéutica*

El éxito o el fracaso de un tratamiento psicoterapéutico depende en su mayoría del paciente; sin embargo es importante tener una serie de conocimientos anteriores y una buena planeación de los que se quiere lograr con el paciente esquizofrénico.

Un primer paso es tener en cuenta las características del psicólogo, así como las características del paciente y de lo que es la esquizofrenia.

Un segundo paso consiste tener en cuenta las características sociales, tanto en pacientes solteros como en casados; ésto es, tener un conocimiento de las relaciones que tiene con su familia, en el trabajo o escuela.

Un tercer paso es conocer como debe ser la intervención terapéutica, la cual puede dividirse en tres partes:

1. Recomendaciones para una mejor psicoterapia.
2. Logros principales del psicólogo en la psicoterapia, los cuales son: la comunicación no verbal, la comunicación verbal, el control psicoterapéutico y la relación entre paciente y psicólogo.
3. Puntos a vencer en el tratamiento, como son: la Ansiedad, la Seguridad, la Satisfacción, las Relaciones afectivas, las Relaciones interpersonales.

Estos tres pasos son fundamentales en el desarrollo de un tratamiento psicoterapéutico, por lo que se explicarán, con mayor profundidad.

6.2 Características del psicólogo para un mejor tratamiento de la esquizofrenia

Para poder realizar un mejor tratamiento en pacientes con esquizofrenia, es necesario detenerse a analizar una serie de características que el Psicólogo clínico debe tener.

En primera instancia es necesario mencionar un aspecto importante, que todo individuo tiene y con mayor razón debe ser

analizado por el mismo psicólogo, ya que es fundamental para realizar una buena psicoterapia. Este aspecto es el una dualidad entre las experiencias subjetivas y los procesos interpersonales.

Las experiencias subjetivas son aquellos eventos que a lo largo de la vida se interiorizan y analizan por sí mismo. Los procesos interpersonales son aquellos eventos que a través de la vida son interiorizados en combinación de otras personas, que sea significativas o tiene una relación muy estrecha con uno mismo.

En la medida que las experiencias subjetivas y los procesos interpersonales conformen una unidad, el psicólogo está preparado para reafirmar su profesionalismo en el área de psicología clínica y por consiguiente dar un buen tratamiento a pacientes con esquizofrenia.

El psicólogo clínico debe tener una percepción hacia nuevos conocimientos que no estén contemplados en su formación profesional. El tratamiento con pacientes esquizofrénicos

es muy largo y el psicólogo debe de tener un carácter de investigación continua de nuevos conocimientos que puedan desarrollar una psicoterapia más eficaz.

Asimismo, el psicólogo debe de tener una intuición verdadera de los aspectos clínicos y características de los mismos, dado que éstos facilitarán el tratamiento con esquizofrénicos, puesto que siempre tendrá una serie de alternativas en cada uno de las consultas.

Otra característica importante que el psicólogo debe analizar, cuando empieza un tratamiento es su propio sentimiento por el paciente. Si experimenta un intenso sentimiento de empatía e interés, es probable que llegue a establecer contacto importante con el paciente. Si por el contrario tiene el sentimiento de que está aburrido o irritado, o que su paciente esté acabado, la psicoterapia no funcionará.

Por último la actitud en general del psicólogo deberá ser de aceptación, seguridad, tranquilidad, amabilidad y consideración.

La expresión, el gesto y la voz del psicólogo debe llevar estos sentimientos al paciente.

6.3 Características de la esquizofrenia que el psicólogo debe tener en cuenta para un diagnóstico adecuado

La esquizofrenia se caracteriza por percepción y sentido defectuosos de la realidad, alteraciones de la armonía e inadecuación del raciocinio y del sentido (fragmentados), y a menudo alucinaciones e ideas delirantes.

Las formas más comunes son:

La catatónica que se caracteriza por:

1. Estupor catatónico (disminución marcada en la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y la actividad) o mutismo.
2. Negativismo catatónico (una resistencia, aparentemente sin motivo).
3. Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida contra los esfuerzos por ser movido).

4. Excitación catatónica (actividad motora excitada, sin propósito aparente y no influido por los estímulos externos).

5. Asunción voluntaria de posiciones inapropiadas o extravagantes (Posturing).

La paranoide; se caracteriza por:

1. Preocupaciones con uno o más delirios sistematizados o con alucinaciones auditivas monotemáticas.

2. Ninguno de los siguientes: incoherencia, pérdida marcada de las asociaciones, afecto aplanado o gruesamente inapropiada, conducta catatónica, conducta gruesamente desorganizada.

3. Delirio de celos.

4. Alucinaciones con contenido persecutorio de grandiosidad.

La desorganizada; se caracteriza por:

1. Incoherencia o pérdida notable de las asociaciones.

2. Afecto aplanado o inapropiado.

3. Conducta desorganizada o gruesamente extravagante.

4. No llena los criterios para el tipo catatónico.

La indiferenciada; se caracteriza por:

1. Existencia de notables delirios, alucinaciones, incoherencia o conducta gruesamente desorganizada.
2. Incumplimiento con los criterios para ninguno de los tipos previamente enlistados o cumple criterios para más de uno.

La esquizofrenia residual; se caracteriza por:

1. Ausencia de delirio, de alucinaciones, de incoherencia notable o de conducta gruesamente desorganizada.
2. Evidencia continua de enfermedad manifiesta por dos o más de los siguientes síntomas: afecto aplanado o inapropiado, pobreza de lenguaje, aislamiento o retraimiento social, pobre higiene y aliño, conducta peculiar.

Estas características de los tipos de esquizofrenia, son muy importantes dado que una vez diagnosticado correctamente el psicólogo puede tener un mejor panorama, del tratamiento que empleará.

6.4 Características de personalidad del paciente.

Es importante tener siempre en cuenta que el paciente esquizofrénico tiene un perfil psicológico de características muy propias. Esto permite que el psicólogo tenga un panorama más amplio del paciente.

Con base en las características demostradas por el paciente, el psicólogo debe tener el conocimiento para plantear caminos de desarrollo de la esquizofrenia. Esto podría ser algo similar a lo descrito por C. G. Jung, cuando afirma que el ego como guardián de la conciencia permitirá el paso del material al inconsciente más fácilmente por vía cualquiera de las funciones que sea la predominante en el sujeto. Así, Jung habla de que argumentos de tipo intelectual serán dejados pasar más fácilmente por el ego de un individuo, cuya función predominante es la cognitiva, mientras que el material de tipo emotivo será dejado pasar más fácilmente por aquellos individuos cuya función más desarrollada sea la emotiva y así sucesivamente.

Por otra parte, el psicólogo debe de tener mucho cuidado en no contradecir las características psicológicas del paciente, dado que sería perjudicial en el establecimiento de su relación.

Para tener las características del paciente, el psicólogo debe de tener un conocimiento muy amplio de los diferentes tipos de personalidad que sean manejado en su sociedad.

6.5 Características sociales del paciente esquizofrénico

El psicólogo no debe de perder de vista que el paciente esquizofrénico pertenece a un medio ambiente social regulado por normas, y el lugar donde se forma a los sujetos como pertenecientes a una cultura determinada es la familia. Es en el seno de ésta donde el niño es introducido en lo que será su herencia más engendradora y se hará de él el sujeto de una sociedad, de una cultura.

El psicólogo debe de tener como primer objetivo en las relaciones sociales, la familiar y en conjunto trabajar con ella, para una mejor solución del paciente.

Entre los puntos principales que el psicólogo debe de considerar en el tratamiento, en relación con la familia son:

1. La comunicación en el medio familiar.
2. La formación del pensamiento familiar.
3. La relación establecida al interior de la familia.

Estos tres aspectos se deben considerar global e individualmente con el papá, la mamá, los hermanos, y con otras personas relacionadas a ellos. En caso de que el paciente sea casado se debe considerar la relación con su esposa y con sus hijos.

Otro elemento en las características sociales es la participación general del psicólogo en la vida del paciente: esto es, que el psicólogo tendrá que modular el contacto de su paciente con el exterior, tanto dentro de la familia, como fuera de ella.

Entre los puntos importantes están:

1. Dónde vive.
2. En qué trabaja.

3. Cuáles son sus intereses.
4. Cómo maneja su economía.
5. Cómo se relaciona con sus compañeros (de trabajo, escuela, diversiones, deportes).
6. Escolaridad y aspiraciones, productividad posible a futuro, establecimiento de un modo de vivir independiente.
7. Manejo de la sexualidad, noviazgo, matrimonio y relaciones eventuales.

El conocimiento de estos aspectos sociales es una nueva dirección a desarrollar un tratamiento, en el cual la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en la rehabilitación del paciente.

La educación del paciente y de su familia, así como grupos de apoyo para ésta, se describen ahora como componentes esenciales de los programas para el tratamiento integral del paciente esquizofrénico.

6.6 Intervención Terapéutica

6.6.1 Recomendación para una mejor psicoterapia

1. El psicólogo debe permanecer cerca del paciente (sentado o parado según esté el paciente).
2. Es importante que el psicólogo haga sentir al paciente cómodo y seguro como para abandonar su aislamiento.
3. El psicólogo debe de conversar agradablemente (siempre y cuando el paciente lo permita) sobre tópicos neutrales, es decir, en temas que no aumenta la ansiedad del paciente.
4. El psicólogo debe observar y evaluar todas las palabras, los gestos, cambios de actitudes y el semblante del paciente.
5. El psicólogo no debe hacer preguntas cuando no comprende, pues no puede saber qué secuencia de pensamientos, lejano sueño, o alucinación, está interrumpiendo.
6. El psicólogo no debe de ser demasiado perturbador o inquisidor. Si el paciente dice "ellos me están persiguiendo", el terapeuta tiene que procurar no preguntar al paciente quiénes son los perseguidores.

7. El psicólogo debe tratar de entender, y hacerle notar al paciente que está tratando.
8. El psicólogo debe de dar pruebas de comprender, cuando lo logra, respondiendo cautamente con gestos o acciones apropiados a la comunicación del paciente.
9. El paciente debe sentir que está haciendo un esfuerzo benevolente y sincero de llegar hasta él sin pedirle a él nada.
10. La manera ideal de enfrentar la hostilidad del paciente es hacerlo sin temor y sin una hostilidad opuesta, ya que entre menos temor perciben los pacientes en la terapia son menos peligrosos.
11. El esquizofrénico pedirá sugerencias cuando esté dispuesto a recibirlas, mientras no lo haga lo mejor que puede hacer el analista es escuchar.

Cabe hacer notar que la mejor recomendación es la misma preparación que el psicólogo tenga y que pueda desarrollar estos conocimientos en la realización con el paciente.

6.6.2 Logros principales en la psicoterapia

Es indudable que en la terapia el paciente esquizofrénico hay dos niveles de expresión que se manifiestan simultáneamente: uno es el nivel de comunicación verbal; estos es, todo lo que se dice a lo largo de la terapia. El otro es el no verbal, esto se refiere a los estilos personales de cada uno, tanto lo que sucede en la interacción con el psicólogo, como todo lo relativo al paciente manifiesto en su manera de vestir, apariencia y de manejarse en el medio.

Un ejemplo de estos dos aspectos es que el paciente pueda decir "mi mamá está muerta" (comunicación verbal). Sin embargo, el paciente puede estar riéndose y aplaudiendo (comunicación no verbal). Esta actitud refleja los dos niveles de expresión y tal vez un rechazo a la comunicación verbal.

Para el psicólogo, que trabaja con pacientes con esquizofrenia, la comunicación no verbal en la interacción con el terapeuta es una de las bases fundamentales para el éxito en la psicoterapia.

Este modo de expresión es importante en las primeras sesiones, que es cuando el psicólogo puede romper la resistencia que el

paciente le pondrá para intentar relacionarse con él, si no rompe la resistencia después será difícil hacer contacto con el esquizofrénico.

Una vez que el psicólogo establece una relación con el paciente, éste seguirá el camino que el psicólogo elija para su restablecimiento.

El objetivo de las primeras entrevistas es hacer sentir al paciente que el psicólogo lo entiende y lo sigue, sin perder de vista esta expresión de comunicación.

Otro aspecto importante es el de control. Esto significa que el paciente admitirá de forma muy táctica que el psicólogo es quien manda, pero sin que sienta esto como algo agresivo hacia él. Un ejemplo sería cuando el paciente esté caminando alrededor del cuarto y el psicólogo le diga "me parece muy bien que estés así. Quiero que camines por todo el cuarto durante los próximos 10 minutos y que pasees tu vista por todos lados, pero que por ningún motivo me veas o hables conmigo". Esto nos puede llevar a una posición de control, siempre y cuando sea bien trabajada.

De esta manera, y a lo largo del tratamiento, todo lo que ocurre es porque el psicólogo lo permite o manda. Sin embargo, el objetivo principal del control es que el paciente y el psicólogo conjuntamente controlen su esquizofrenia y no ésta los maneje. Así, el paciente pueda separarla y defenderse de ella de manera racional y controlada.

Otro aspecto importante son las áreas menos afectadas. Esto se refiere al grado de logros obtenidos por el paciente antes de su brote psicótico. Entre más éxito ha tenido el paciente en su escuela o su carrera o en su vida social y personal mejor será el pronóstico. Por lo anterior es necesario que el psicólogo tenga un conocimiento histórico del paciente esquizofrénico, ya que en cada paciente hay un grado variable de áreas menos afectadas por la esquizofrenia y este concepto es crucial e importante porque sirve como punto de apoyo para un buen número de maniobras psicoterapéuticas, sobre todo en el tratamiento.

Un ejemplo sería un paciente que conserve su interés en trabajar. Ofrece mayores posibilidades psicoterapéuticas y de

rehabilitación que otro cuyo desinterés en el trabajo lo haga admitir depender de sus familiares o de una institución.

Las áreas menos afectadas por la esquizofrenia, o libres de conflictos, varían en forma cuantitativa y cualitativa de caso a caso. Sin embargo, en todos ellos es necesario que el psicólogo haga una cuidadosa evaluación de estas áreas.

Finalmente, el grado de relación entre el paciente y el psicólogo depende en mucho de los aspectos anteriores y que cada paciente tiene una posibilidad de relación con el exterior y aquí no hay regla, cada uno avanza sólo lo que puede y no hay más, dado que no se puede presionar en ningún sentido.

6.7 Puntos importantes en el tratamiento

6.7.1 Ansiedad

Cuando un esquizofrénico interpreta una situación peligrosa o amenazadora, experimenta sensaciones de tensión, temor y preocupación. Asimismo sufre una serie de cambios

fisiológicos y conductuales, como resultado de la actividad y excitación del sistema nervioso autónomo.

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación, al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad. Por lo cual el psicólogo debe tener una atención constante e intervenir cuando sea necesario para calmar estas reacciones.

Lo que el psicólogo debe tener en cuenta en primera instancia es que la intensidad de la reacción de ansiedad es proporcional a la magnitud del peligro o amenaza comprendidas significativamente.

En el tratamiento a pacientes con esquizofrenia, la ansiedad tiene un papel fundamental en el desarrollo del síndrome, por lo que el psicólogo tiene que enfrentarlo:

1. En las personas normales las ansiedades se presentan, pero los mecanismos psicológicos de defensa suelen usarse para

reducir estos desagradables estados. Por lo que el psicólogo debe ser para el esquizofrénico el mecanismo psicológico.

2. Uno de los medios más efectivos para reducir la ansiedad es evitar o eliminar al agente. Sin embargo, en los pacientes esquizofrénicos no siempre es posible reducir la ansiedad, por lo que es necesario que el psicólogo tenga un conocimiento muy claro de qué factores están provocando la ansiedad y tratar de que el paciente tome conciencia, y realice una racionalización, una intelectualización y una formación reactiva, las cuales le permitan ver la situación menos amenazadora.

3. La ansiedad en los esquizofrénicos está muy ligada a pensamientos y sentimientos sobre una estructura mental que involucra aspectos de frustración y de anhelos, de amor y odio, por lo que no parece estar sujeto a un origen específico. La psicoterapia se utiliza para identificar y tratar las causas del problema y establecer una forma razonable de manejar esta estructura mental.

6.7.2 Seguridad

El psicólogo a lo largo de las consultas debe de dar confianza, tranquilidad de espíritu resultante de la creencia de que no existe peligro para él. Esta actitud es básica ya que hace referencia a la tendencia o disposición estable del paciente esquizofrénico a sentirse estimado, protegido y valorado.

Aunque la actitud de seguridad deriva de la conciencia de amar y ser amado en el seno familiar, en el esquizofrénico tiene un valor esencial para su recuperación. Por lo tanto, el psicólogo debe entender que la seguridad otorga al paciente una mayor capacidad para establecer lazos afectivos y relaciones sociales más duraderas, derivados de la confianza en otro, y una mayor espontaneidad e independencia de acción.

El psicólogo debe conocer que la seguridad es parte fundamental en el desarrollo de la esquizofrenia, y se manifiesta en la búsqueda de una estabilidad en las diferentes áreas de la vida cotidiana del paciente.

Por último es conveniente que el psicólogo muestre su capacidad profesional, no sólo dando seguridad al aspecto afectivo, sino a la seguridad en la familia, seguridad en el trabajo, y seguridad en la economía.

6.7.3 Afectividad

La afectividad es el aspecto fundamental de la vida psíquica y base a partir de la cual se forman las relaciones interhumanas y relaciones interpersonales y todos los demás lazos que unen al esquizofrénico con su medio social.

Es un hecho incontestable que la expresión afectiva es imprescindible para el desarrollo del esquizofrénico, siendo al mismo tiempo uno de los factores básicos de equilibrio y del bienestar emocional del paciente.

El psicólogo debe tener en cuenta que cuando se produce una modificación afectiva en el organismo del paciente esquizofrénico, ésta repercute en su eficiencia intelectual, en sus actitudes y en su comportamiento. De manera que el

psicólogo debe tener mucho cuidado a lo largo de la terapia para no activar afectividades falsas, que perjudiquen al paciente.

El psicólogo debe recordar que el fundamento radical de la afectividad en el esquizofrénico está en la experiencia del propio cambio que vive en forma de agrado o desagrado.

La afectividad en la esquizofrenia se manifiesta como un estado difícil de marcación, aunque dicha experiencia se puede dividir en un principio en dos modalidades principales: sentimientos y emociones, que el psicólogo deberá trabajar conjuntamente.

Por último, el psicólogo no debe de olvidar que la afectividad, se manifiesta esencialmente en la descarga motriz secretora y circularoria, que resulta de una alteración interna del cuerpo del esquizofrénico, sin referencia alguno al mundo exterior.

6.7.4 Relaciones interpersonales

El psicólogo no debe olvidar que el esquizofrénico tiene pensamientos y fantasías que tratan de personas, sean reales o

imaginarias; que tiene una relación significativa para el paciente. Esto es importante dado que en la búsqueda de la relación con estas personas se puede hacer sentir al paciente que cualesquiera que fueran los sucesos acontecidos en su pasado, estaban sólo relacionados a un número pequeño de personas.

Otro aspecto de importancia es que el psicólogo debe tratar de explicar al paciente que sus síntomas son una forma de remodelar sus experiencias de vida en las relaciones interpersonales presentadas.

El esquizofrénico no puede ser tratado sin acentuar las situaciones sociales y los factores externos que influyen en el trastorno mental.

Cabe señalar que en las relaciones interpersonales el primer objetivo es establecer una buena relación con el psicólogo y este a su vez tratar de plantear un tratamiento adecuado en búsqueda de relación con los demás.

Lograr esta meta es muy difícil ya que todos los mecanismos inherentes al proceso esquizofrénico tienden a dislocar la relación interpersonal. De este modo el psicólogo con baja tolerancia, falta de preparación y desconocimiento del tiempo que se lleva en este tipo de tratamiento desiste fácilmente a relacionarse con el paciente. Esta es la razón por la que tantos psicoterapeutas experimentados se sienten pesimistas y desmotivados para seguir el tratamiento con pacientes esquizofrénicos.

6.7.5 Fármacos

Con respecto a los fármacos es importantes hacer notar que si el paciente no ha tomado fármacos, la psicoterapia se puede seguir sin este tipo de sedantes; si el paciente está tomando fármacos es importante que la psicoterapia dé la oportunidad de pasar por un mínimo de interferencia de calmantes químicos.

En resumen, establecer un tratamiento para esquizofrénicos, es muy complicado dadas las características del síndrome. Sin embargo, es importante que el psicólogo demuestre su profesionalismo atendiendo este tipo de pacientes. Los aspectos

mencionados son esenciales para un tratamiento, pero deben de ser una integración global, para un mejor resultado.

En la figura 1.2 se anotan los aspectos más importantes, de la propuesta psicoterapéutica en el tratamiento para pacientes con esquizofrenia.

Figura 1.2
Propuesta Psicoterapéutica

Propuesta Psicoterapéutica	Características	Psicólogo	-Dualidad (Experiencia Sujativa y Procesos I) -Percepción a nuevos conocimientos. -Intuición -Sentimiento del Psicólogo. -Seguridad y tranquilidad.	
		Esquizofrenia	-Estructuración de los principales tipos de esquizofrenia (lo más actual 1994).	
		Paciente	-Características Psicológicas.	
	Características Sociales	Familia	-Comunicación. -Formación de pensamiento. -Relación establecida.	R-con el papá R-con la mamá R-con los hermanos R-con la esposa R-con los hijos R-con otros relacionados con la familia
		Social	-Trabajo. -Escuela.	
		Recomendaciones para una mejor terapia	-Guía para el Psicólogo en las consultas.	
	Intervención Terapéutica	Logros principales en la psicoterapia	-Comunicación no verbal. -Comunicación verbal. -Control Psicoterapéutico. -Áreas menos afectadas. -Relación con el paciente.	
		Puntos a vencer en el Tratamiento	-Ansiedad, seguridad, afectividad y relaciones interpersonales.	
		Fármacos	-Cuando sean necesarios.	

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

1. Es evidente que en el programa profesional de psicología, no se contempla la psicoterapia para esquizofrénico como material de estudio y entrenamiento; lo cual redundará en una ignorancia generalizada en el medio acerca de este elemento terapéutico. Esto se ve reflejado en un atraso de la profesión psicológica con respecto al manejo de las esquizofrenias, si lo comparamos con la profesión psiquiátrica.

2. Debido a que la esquizofrenia en su mayoría es tratada por psiquiatras, los cuáles en general utilizan fármacos y dejan la psicoterapia en un segundo lugar, en nuestro país una pequeña parte recibe tratamiento psicoterapéutico individual y no son psicólogos los que lo dan.

3. La evidencia disponible hasta el momento confirma que la esquizofrenia es un misterio que involucra, de manera compleja, factores biológicos, químicos, psicológicos, sociales y culturales. Sin embargo, aún no es posible encontrar un factor esencial, que permita comprender globalmente el problema, por lo

que es necesario que en un futuro se haga un estudio conjunto de los factores participantes, sobre todo en el contexto poblacional para poder obtener resultados que permitan hacer generalizaciones.

4. La esquizofrenia actualmente se enfrenta a muchos dilemas, cuya solución parece distante, sobre todo mientras no se disponga de una posible etiología, que permita definir con más claridad este trastorno.

5. Desde un punto de vista muy personal, la posible etiología de la esquizofrenia se encuentra dividida en dos aspectos de importancia: la adolescencia, como una etapa de intenso estrés emocional, de cambios hormonales y de una nueva situación en la vida. El segundo y más importante son los factores psicológicos, sociales, familiares y ambientales en general, estos dos aspectos unidos y las situaciones de frustración continua, la falta de afectividad a lo largo de su vida y comunicaciones inadecuadas; conforman en esta etapa de individuo un desorden emocional que produce un metabolismo anormal que causa la esquizofrenia.

6. La psicoterapia es un método propiamente psicológico, por lo que el psicólogo debe demostrar un gran interés por desarrollar un tratamiento para pacientes con esquizofrenia, y no dejar este campo a los psiquiatras, como actualmente se hace.

7. No importa que los psiquiatras traten con fármacos a los pacientes con esquizofrenia, siempre es necesario el aspecto psicológico. Por lo tanto el psiquiatra no puede ignorar la psicoterapia y para este punto no hay como el psicólogo.

8. El psicólogo puede significar para algunos pacientes con esquizofrenia la diferencia entre la posibilidad de reintegración a una vida cotidiana estable y productiva, o el vivir en procesos desintegrantes en su estructura psíquicas que le impidan relacionarse con su realidad.

9. La propuesta psicoterapéutica puede ser de gran ayuda, para los psicólogos que enfrenten por primera vez a un paciente con esquizofrenia.

B I B L I O G R A F Í A

- American Psychiatric association. (1983). Diagonostic and
statistical manual of mental disorder (3a. ed.) Baelona:
Madison.
- Arieti, S. (1974). Interpretaino of schizophrenia. New York;
basic book.
- Arieti, S. y Eugene B. (1981). American handbook of psychiatry.
(2a. ed.) New York: basic book.
- Barclay, M. (1987). Psicologia anormal. (2a. ed.) México D.F.:
Nueva editorial.
- Caso, A. (1974). Fundamentos de psiquiatria. (1a. ed.) México
D.F.: Limusa.
- Fromm-Reichmann, F. (1977). La personalidad del terapeuta,
Buenos Aires: Paicos.

- Fromm-Reichmann, F. (1987). Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Paidós.
- Fromm-Reichmann, F. (1987). Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco-depresivo. Buenos Aires: Paidós.
- Hughes, J. (1984). Manual de psiquiatria moderna. México D.F.: Limusa.
- Hofling, C. (1968). Tratado de psiquiatria. (2a. ed.) México D.F.: Interamericana.
- Kolb, E. (1976). Esquizofrenia. (2a. ed.) México D.F.: Interamericana.
- Lidz, T. (1968) The family, language and transmission of schizophrenia. In the transmission of schizophrenia. Pergamon Oxford: Press.
- Page, D. (1982). Manual de psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

- Paez, F. y Heinze, G. (1994). Biología de la esquizofrenia, una visión general Salud Mental, V. 17, No. 2 (pp. 45-51).
- Philip, S. (1976). Manual de psiquiatría. México D.F.: Manual Moderno.
- Perales, S. (1994). Validez y reproductividad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos Salud Mental. V. 17 No. 3 (pp. 7-14).
- Pustilnik, S. (1990). Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad en Salud mental. V. 13 No. 3 (pp. 45-49).
- Sistema Nacional de Salud. (1989). Cuadro básico de medicamentos del sector salud. (1a. ed.) México D.F..
- Sullivan, H. (1972). Concepciones de psiquiatría moderna. Buenos Aires: Psique.

Sullivan, H. (1968). La función de la psiquiatría y las ciencias sociales. Buenos Aires: Psique.

Sullivan, D. (1975) Schizophrenia pergamon press londres. Nueva York: Paris.

World Health Organization (1979). Schizophrenia. An international Follow-Study, chichester, Wiley.