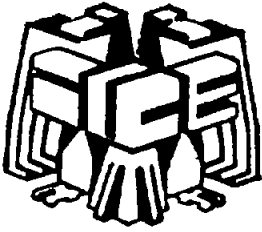


315011



UNIVERSIDAD SALESIANA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES YOICAS
Y DISMINUCION DE SINTOMATOLOGIA POSITIVA EN
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS BAJO EL MODELO DE
HOSPITAL PARCIAL

T E S I S
Q U E P R E S E N T A :
ARELI MUÑOZ CASTRO
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E
L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G I A

ASESORA: LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO, D. F.

2005

m340805



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

2

NOMBRE: Dr. Miguel Castro

FECHA: 07- febrero - 2005

FIRMA: J. Castro

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme vida para poder realizar este proyecto

A mis padres que siempre me han apoyado y acompañado en mi caminar por la vida y cuya enseñanza por apreciar todo lo que me rodea es el pilar para mi trabajo y entendimiento del otro.

A Fernando que siempre está conmigo, gracias por el apoyo y paciencia constantes en su mano amiga y cariñosa, gracias, este también es tu trabajo.

Gracias a la licenciada Elizabeth Ramírez que fue mi guía y le puedo decir: al fin tu vaca se levantó, gracias Liz.

Gracias a Toto mi compañero y amigo.

Este trabajo esta también dedicado a mis profesores de la carrera, por su entrega desinteresada, en especial a Francisco Ochoa, Agustín Solís y Laura Palomino por sus aportaciones y señalamientos a esta tesis.

A todos los colaboradores en el tratamiento del paciente que sufre la enfermedad mental y sobre todo a estos últimos gracias por permitir que viera un poco a través de sus ojos.

A mi María que le mando un beso donde esté

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: ESQUIZOFRENIA	
1.1 Antecedentes históricos	8
1.2 Etiología	21
1.3 Criterios diagnósticos	39
1.4 Tratamiento farmacológico	44
1.5 Otros tipos de terapia para la esquizofrenia	52
CAPÍTULO II: UN NUEVO ENFOQUE: EL HOSPITAL DIURNO Y LA ENFERMEDAD MENTAL	
2.1 Antecedentes del hospital diurno	62
2.2 Antecedentes en México	68
2.3 Modelo de Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	73
CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS	
3.1 Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS)	88
3.2 Test para la evaluación para las funciones del Yo	89

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Introducción	103
4.2 Hipótesis	105
4.3 Identificación de variables	105
4.4 Selección de la muestra	106
4.5 Procedimiento	106

CAPÍTULO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

5.1 Diseño experimental	109
5.2 Pruebas estadísticas	110
5.3 Resultados	112

CONCLUSIONES	123
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	130
---------------------	-----

*"Intentos, pero con humildad:
¿porqué no?"
(Garra)*

INTRODUCCIÓN

El recorrido de la visión de la locura a través del tiempo resulta inquietante e interesante; partir del punto de que quienes la padecen son seres humanos y que, cualquiera de los que se dicen "normales", no están exentos de padecerla, genera una serie de reflexiones que pueden cambiar el modo como es percibida esta realidad. Las actitudes frecuentes de rechazo, morbo, curiosidad, o despreocupación, provienen, muchas veces, del poco conocimiento que tiene la mayoría de la gente, incluso de aquellos que, por determinadas situaciones, deberían estar más cercanos a esta realidad, tal es el caso de los familiares de los pacientes. Cambiar de acera para no toparse con el "loco" que viene enfrente es mucho más simple.

El cambio de la visión de la enfermedad y por consiguiente de los que la padecen ha devenido en las diferentes clasificaciones y formas de tratamiento. La locura siempre ha sido tema recurrente en la vida cultural del hombre, como en la pintura, poesía, literatura, música, escultura, arquitectura, cinematografía, ciencia, etc. Sin embargo, la medicina fue, durante mucho tiempo, la única autorizada y capacitada para hablar del tema (por lo menos como acercamiento preocupado por conocer sus causas y prevenir o curar sus efectos, y no como un mero acercamiento intelectual, estético o contemplativo como en otros aspectos), y en cierta medida es verdad; después de todo el llevar un camino recorrido, genera experiencia y capacidad, así como autoridad, para hablar del tema. Pero el avance del pensamiento y las limitaciones que

este plantea, ha permitido que los hombres de ciencia admitan que son más las preguntas que las respuestas que el método científico o la medicina pueden aportar. Reconocen que se enfrentan a algo más complejo que una apendicitis, y que este tipo de enfermedad, como muchas otras, tiene múltiples causas que la producen; y que en la misma medida, son muchos los puntos de vista que intervienen en la comprensión del fenómeno lo que ha llevado a integrar un equipo inter e intra disciplinario para abordarlo de manera integral, lo que ha permitido superar resistencias de quienes creyeron tener todas las respuestas para todas las preguntas.

Estas razones determinaron la orientación hacia un trabajo con las características del presente; pero además porque existe un sentimiento de responsabilidad que como profesional e integrante de un equipo orientado al trabajo cercano a esta enfermedad he asumido; y porque parto de la convicción de que este ejercicio de investigación puede hacer aportaciones al esfuerzo de aquellos que también han asumido como vocación trabajar con los enfermos mentales, con la convicción de que no siempre basta la buena voluntad para obtener resultados. De esta forma, y desde sus propias trincheras, la contribución que hacen cientos de personas, sobre el tema, permite validar y criticar lo realizado para mejorarlo día a día.

En el presente trabajo, dentro del primer capítulo, se realiza un recorrido desde las primeras concepciones de la locura, su historia, clasificaciones, etiología, criterios diagnósticos, y específicamente aspectos sobre la esquizofrenia, considerada la enfermedad mental más grave, así como algunas formas de tratamiento, con la delimitación de no pretender hacer teoría o dar explicación de su origen que, como se verá, es controvertido, ya que este no es el objetivo del trabajo, pero que permite establecer un panorama general sobre el tema. El segundo capítulo se titula "un nuevo enfoque: el hospital diurno y la enfermedad mental", donde se hace una exposición de los antecedentes sobre el modelo de hospital parcial, teniendo como antecedente principal al Hospital

Fray Bernardino Álvarez, como el primero en México que implementó un espacio para el modelo, y las modificaciones realizadas hasta 1998, con los objetivos y metas orientadas para el apoyo de los pacientes con enfermedad mental, así como para sus familias, buscando su extensión en la sociedad, para lograr un cambio y una mejoría, a través de las diferentes vertientes dentro del modelo, tanto en el tratamiento como en los integrantes del equipo. El tercer capítulo se orienta a la descripción de los instrumentos utilizados para la investigación. En el cuarto capítulo se realiza la exposición de la Metodología utilizada para el estudio, con el que se pretende saber cuáles son los cambios favorables o no del modelo de hospital parcial en la sintomatología positiva, medido con la escala del BPRS y el fortalecimiento de las funciones yoicas según el test de Bellack y Goldsmith, especificando los pasos realizados para el estudio, los cuales fundamentan la objetividad y seriedad del trabajo. Estos datos permitieron realizar, en el quinto capítulo, el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados estadísticos que desembocan en una conclusión donde se establecen las reflexiones sobre la eficacia del modelo, la influencia del mismo en las áreas evaluadas, las dificultades en la realización de la investigación sus límites y por último sugerencias para posteriores investigaciones.

El camino es largo, así que comencemos el recorrido de este pequeño sendero que ojalá no sea el único sobre el tema para recorrer y afianzar los avances por realizar.

*“libres en su locura
atados por cadenas
de una realidad que
no les pertenece”.*

CAPITULO I : LA ESQUIZOFRENIA

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la esquizofrenia es tan antigua como el hombre, con otros nombres y explicaciones, pero siempre ha fascinado a médicos y filósofos de todas las épocas.

En 1852, la creación de la “Société Médico – Psychologique” llega a constituir una importante tribuna en la que numerosos autores proponen variadas nominaciones para los trastornos mentales.

El abordaje de esta problemática va también más allá de la nominación misma, se enfoca hacia su orientación. Por una parte el modelo médico de la época inclina la investigación y búsqueda de las causas hacia la vertiente corporal; y por la otra, existe un grupo de psiquiatras que tratan de asegurar la vigencia del humanismo espiritual.

Bayle (1822), describe a la parálisis general (P.G) como una enfermedad caracterizada por un delirio de grandeza. Fournier (1879), establece una correlación entre esta enfermedad y la presencia de agentes microbianos de la

sifilis en el cerebro de los sujetos afectados por dicho trastorno, al ser estudiados después de su muerte. A la correlación cerebro-psíquica más adelante se le llamaría neuropsiquiatría.

En el siglo XIX, Esquirol hace su descripción de las monomanías, trastornos parciales que se imponen al sujeto y contrastan con una organización psíquica satisfactoria en su conjunto. Falret durante el mismo siglo introduce el término de "locuras circulares", describiendo a los sujetos que alternan los estados depresivos con los estados de exaltación. Estos trastornos, en su función instintiva – afectiva, prepararán el cuadro de las psicosis definidas esencialmente por el delirio. Sin embargo, la esquizofrenia no será descrita a partir de este cuadro, ya que la dimensión afectiva parecía integrarse con perturbaciones orgánicas y hereditarias. Esquirol (1816), hace la diferencia entre los déficits intelectuales congénitos (los retardados y por lo tanto los idiotas) y los déficits adquiridos que sobrevienen en el curso de la existencia y a los que denomina "demencias", las que, según él, serían una degradación de la eficiencia intelectual (la memoria en particular) con pérdida del juicio, desaparición progresiva de las posibilidades de comunicación (disgregación del lenguaje), y aparición de conductas instintivas que perturban gravemente la vida social; tratándose de un daño integral y sobre todo irreversible. Según la época, estas enfermedades serían el resultado de la degeneración de las células nerviosas y sobrevendrían en el curso de la vejez.

A pesar de lo anterior, Morel (1860), observa a sujetos jóvenes (entre 20 y 30 años) afectados de demencia, como si fueran víctimas precoces de esta enfermedad, y expresa "*Están aquejados de estupidez desde su juventud*". Siendo jefe del asilo de Saint – Yon, escribe dos volúmenes de estudios clínicos (1853), analizando el comportamiento, el discurso y la historia de numerosos sujetos. Pero no sólo le interesa dejar palabras; junto con talentosos dibujantes, plasma las actitudes significativas del cuerpo y el modo asustado de las miradas de los sujetos en estudio. Además, colecciona mascarillas, vaciadas

después de la muerte, para montar un museo con cabezas de locos. Al observar esta enfermedad nota que se trata de una disposición a ser "insensible a los acontecimientos del mundo exterior", acompañada de extravagancias en el gesto y la palabra, en los cuales descubre, a veces, cierta analogía con los sueños nocturnos.

En 1871, Hecker, toma las observaciones de Morel y describe lo que designa como "hebefrenia" (término usado para indicar la enfermedad mental de los jóvenes), marcada por un debilitamiento mental rápido e ineluctable y que sobreviene frecuentemente entre los 20 y los 30 años.

En 1874, Kahlbaum observa que el estupor mental se acompaña de modificaciones posturales extrañas que denomina "catatonía" o locura con tensión muscular, confirmando lo ya descrito por Morel con el nombre de catalepsia.

Una cuestión digna de subrayarse es que durante esta época empieza a tomar importancia el cuerpo como aspecto significativo para la elaboración de la teoría clínica.

En ese mismo siglo pero en el año de 1856, nace E. Kraepelin, quien tendrá un papel primordial en la edificación de la psiquiatría moderna. Después de cursar estudios de Psicología y Neurología, inaugura en noviembre de 1904 la "Clínica Real Psiquiátrica" de Munich, donde prosigue con su actividad de médico, de profesor y de investigador; hasta 1926, año de su fallecimiento. Desarrolla un tratado de psiquiatría y, con el paso del tiempo, establece la discriminación entre trastornos poco específicos y trastornos fundamentales.

En 1887, afirma la característica evolutiva de la enfermedad, y realiza una primera clasificación de las enfermedades mentales curables e incurables. Las primeras las divide en melancolías, enfermedades episódicas y delirios

fugaces. Las segundas, en locuras maniaco - depresivas, delirios crónicos y, lo que él llama, demencias precoces (D.P).

Tras años de investigación llega a afirmar que las enfermedades mentales incurables tienen su causa en los procesos degenerativos con gran influencia de la herencia, evolucionando irreversiblemente hacia una disgregación total de la persona, cuerpo y espíritu.

En 1899, clasifica dentro de la demencia precoz, diversos síndromes psicóticos considerados de forma separada tales como la hebefrenia y la catatonía, a las cuales agrega una nueva forma evolutiva: la paranoide.

Otra forma "paranoide atenuada" se convierte, a juicio de Kraepelin, en una manifestación límite de demencia precoz, descrita bajo el nombre de parafrenia con diversas variedades.

Pese a sus grandes aportaciones, no estuvo exento de críticas por parte de sus contemporáneos y de las siguientes generaciones que establecerán debates sobre la "demencia precoz", centrando sus reflexiones sobre el momento en que ésta se originaría. Es decir, si surge durante la adolescencia o la juventud. Sin embargo dejaban fuera de explicación aquellos cuadros que se presentaban en una etapa tardía, en adultos o ancianos.

Durante las primeras ediciones de su tratado de psiquiatría afirma que la enfermedad deteriora las funciones intelectuales superiores. Sin embargo, las críticas que demuestran que lo anterior no ocurre en todos los casos, lo llevan a reformar su postura y a corregir ciertos errores. Hasta la fecha, el tema no ha quedado completamente solucionado. Ciompi (1980), por su parte, sostuvo que debería ponerse atención en tres puntos principales en el pronóstico de la enfermedad: la frecuencia de las recaídas, la situación del paciente entre las recaídas y el estado terminal del paciente en el largo plazo.

Otro punto de debate fue que Kraepelin no tomó en cuenta explicaciones alternas de la etiología de la enfermedad como las psicodinámicas, mismas que se encontraban ya en boga desde 1900, fecha en que el nombre de Freud sonaba con fuerza con otro punto de vista sobre la explicación de algunos trastornos y cuya influencia se remite hacia el 1885 y 1886 por Charcot y su explicación para los síntomas histéricos.

En 1910 Freud publica su libro *“La interpretación de los sueños”*, obra que representa una revolución en el pensamiento de aquella época, más aun en el ámbito de lo “psíquico”.

En 1907 Jung, alumno de Freud, escribe un estudio al que titula *“Psicología de la demencia precoz”* y en el que intenta comprender los aspectos psicodinámicos de la psicosis:

“Reflexionando sobre los pacientes y su destino, comprendí que las ideas de persecución y las alucinaciones se constituyen en torno a un núcleo significativo. En un segundo plano, están los atractivos de una vida, una esperanza, un anhelo.

Si no alcanzamos a comprender su sentido, ello no depende sino de nosotros (...). En los enfermos que dan la impresión de estar irremediabilmente deteriorados, obtusos, apáticos, hay más vida y más sentido de lo que parece”.

Bleuler (1911) recibe influencia de Jung (su ayudante en jefe en la clínica de Burghoelzlin en Zurich) y escribe *“Dementia praecox ou groupe des schizophrenes”* (La demencia precoz o grupo de las esquizofrenias). Aquí se introduce por primera vez el término de esquizofrenia, en lugar del de demencia precoz.

"Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque, como espero poder demostrar, la dislocación de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes. Por comodidad empleo el término en singular, por más que el grupo comprenda probablemente varias enfermedades".

Etimológicamente, el vocablo esquizofrenia deriva del griego que significa espíritu desgarrado o escindido.

Bleuler (1911) afirma que el aspecto demencial es sólo lo perceptible a simple vista y que en realidad se trata de una desarmonía afectiva tan intensa que repercute en el intelecto. Describe los síntomas fundamentales y los accesorios. Los primeros los considera como manifestaciones directas de un proceso mórbido somático. Los síntomas principales se caracterizan por la disociación de ideas, de sentimientos y de movimientos; y por la tendencia de insertar en lo real cosas imaginarias y a separarse de la realidad, a lo que llamo autismo.

Citando a Bleuler (1911)

" Pueden ejercer una acción representaciones que no tienen ningún tipo de relación, o muy insuficiente, con la idea matriz y que deberían ser excluidas del proceso del pensamiento. Por la misma razón, este pensamiento se nos aparece escindido, extravagante, inadecuado, abrupto".

En 1912, el psiquiatra francés Chaslin utiliza el término discordancia, sinónimo de la disociación de Bleuler.

La discordancia se expresa también en la vida afectiva del sujeto. Con mucha frecuencia se muestra de manera ambivalente, manifestando, al mismo tiempo, sentimientos encontrados. El resultado es que se queda en un mismo punto fijo, inhibido, incapaz de toda decisión.

Es capaz de experimentar sentimientos apasionados, aunque a menudo irreales, cayendo de un momento a otro en una indiferencia total. La discordancia aparece también en los gestos del esquizofrénico, como la risa, mímica contrastada, inarmónica, la forma de caminar como en tensión, las actitudes son complicadas y desprovistas de simplicidad. Bleuler (1911) describe así:

“Los enfermos adoptan actitudes, posturas (...). imitan las maneras, tienen un carácter afectado, escénico, inadecuado al medio y a la situación, que bordea a menudo la caricatura. La mayoría de las veces es imposible entenderlos (...). El amaneramiento se traduce sobre todo en los gestos en la mesa y en el hablar: usan diminutivos, vocablos extraños, entonaciones, ritmos extravagantes, muecas, gritos, rarezas.”

La actividad es brusca, impulsiva, aparentemente automática, o, por el contrario, muy morosa, resistente a cualquier tipo de incitación. El conjunto de estas discordancias corresponde a una manera involuntaria de ser para el sujeto.

El autismo constituye el segundo punto característico de la esquizofrenia para Bleuler. Aquí, el sujeto vive en un mundo aparte, haciendo el mínimo contacto con el mundo exterior, por lo que la realidad queda relegada, y gana terreno la vida imaginaria.

Después (1912) describe los trastornos accesorios a los que consideraba de origen psicológico, como “episodios o exacerbaciones en el curso de un proceso crónico”.

Los trastornos accesorios a los que se refiere son los sensoriales (ilusiones y, sobre todo, alucinaciones), dando un cuadro delirante a menudo de difícil verbalización para el sujeto.

En los síntomas secundarios incluye los síntomas catatónicos (estupor, mutismo, estereotipas, catalepsia). También señala que pueden presentarse períodos depresivos melancólicos, donde el sujeto puede llegar a suicidarse.

Pueden sobrevenir de igual forma períodos de excitación maníaca en los que, a juicio del autor, el enfermo se comporta en su alegría como una máquina que alguien maneja. La repetición de los mismos movimientos, los proyectos y reclamaciones extravagantes manifiestan cierto alejamiento de la realidad.

La riqueza descriptiva de Bleuler (1911) constituye hasta nuestros días una referencia importante.

“Este pensamiento complejo y abierto, siempre referido a un conocimiento sensible de los enfermos, sin la rigidez racionalista (...) en los textos de Kraepelin. El genio de Bleuler estriba en haber clarificado una realidad compleja sin pretender explicitarla completamente al precio de una representación clasificadora reductiva. Sabe matizar y manejar las zonas claroscuras, sin delimitar secamente el conocimiento según el contraste maniqueo de verdad – error”.(Broustra 1979).

Con respecto a los autores anteriores, reconoce que los esquizofrénicos pueden tener un futuro fuera del asilo, sin por esto restarle importancia a estos lugares como centros de conocimiento científico.

Hay que recordar que para Kraepelin (1904), la esencia de la enfermedad mental sólo se manifiesta en el manicomio. Estaba convencido de que fuera de este campo “experimental” el conocimiento es tomado de manera poco científica y contaminada.

El dilema es vivido hasta pleno siglo XXI; el hospital sigue siendo, para algunos, el único lugar donde se puede investigar con seriedad las enfermedades mentales y lo que implican.

Bleuler observa que los esquizofrénicos, después de atravesar un periodo manifiestamente patológico y lograr estabilizarse, entran en un estado de incapacidad intelectual y afectiva. Pero señala que no son verdaderamente deficientes, aunque sus capacidades son inoperantes por la disociación de las posibilidades psicoafectivas.

Al extenderse el interés y el estudio por las enfermedades mentales, los investigadores se dan cuenta que la enfermedad no es exclusiva de la sociedad occidental, sino que afecta a todo tipo de raza, cultura y posición social.

El pensamiento y trabajo de Bleuler es adelantado para su época, favorecido además por la amistad con Freud desde 1891, e igualmente con Jung. Es el primero en dar gran importancia al contenido del pensamiento de los esquizofrénicos: sus emociones, el aspecto instintivo de su conducta, el contenido de las alucinaciones y de las ideas delirantes, y las relaciona con las experiencias tempranas que el paciente había tenido con los padres y hermanos.

Bleuler (1891) era partidario de la explicación casi específica de la esquizofrenia por alteraciones cerebrales. Sin embargo, admitía que el contexto psicológico introducía complejidades en su expresión, en su evolución y tal vez en su desencadenamiento. Señala la importancia del entorno terapéutico, que ayuda al paciente en su actividad creadora, aumentando la probabilidad de una mejor vida social.

Muller E.(1969) escribe:

"Bleuler era partidario de una psiquiatría humana. Defendió los intereses de sus enfermos más débiles, más deteriorados, con todas las fuerzas. Jamás contó las horas que les consagraba...".

Pese a lo anterior Bleuler tampoco estuvo exento de cometer errores en la visión de la enfermedad. Uno de ellos es que interrumpió la secuencia evolutiva de la nosología kraepeliniana en la identificación y clasificación del trastorno, haciendo menos preciso el diagnóstico logrado con Kraepelin.

Minkowski (1920), junto con otros de su época, reunidos en torno a Bleuler y sensibilizados por la influencia de Jung por los trabajos de Freud, elaboran una clínica psiquiátrica importante hasta la época actual.

De origen polaco, Minkowski, fue el primer presidente del movimiento conocido como "Evolución psiquiátrica", fundado en París en 1920. Introduce directamente en su concepción de la esquizofrenia la influencia filosófica de Husserl y de Bergson con lo que se logra una nueva orientación a las explicaciones de la enfermedad mental. Propone una actitud médica "comprensiva" en el trato de pacientes con enfermedad mental, no meramente descriptiva de la patología, en oposición en cuanto síntomas de la "normalidad". Se trataría de sentir el mundo interior del esquizofrénico comparando esta dificultad particular de asumir sensiblemente la realidad con la receptividad presuntamente intacta del psiquiatra. Tratando de acompañar al paciente hasta lo más posible en su delirio, manteniendo la comunicación siempre con fines terapéuticos, sin menguar esfuerzos aún cuando el paciente se refugie en su mundo desolado y hermético.

Escribe en 1927 en su libro titulado "*La Schizophrénie*".

"El esquizofrénico, privado de la facultad de asimilar todo lo que sea movimiento y duración, tiende a construir su comportamiento con factores y

critérios cuyo dominio propio en la vida normal pertenece únicamente a la lógica y a las matemáticas."

Señala que existen sujetos que tienden a la introversión y a un deterioro progresivo en varias esferas de su vida, viviendo y abstrayéndose de la realidad con apenas modulaciones ante los acontecimientos que los rodean. Esto lo lleva a suponer un carácter esquizoide de dichas manifestaciones que podían llevar a una esquizofrenia.

Pese a lo que se pudiera pensar, y con toda la apertura que tuvo Minkowski hacia la psicología, se muestra a favor de un origen de la enfermedad de tipo orgánico y rechaza las teorías sexuales del psicoanálisis, interesándose además por el carácter hereditario de la esquizofrenia.

Ey Henry, Minkowski y Lacan entre otros (1920), fundan el movimiento "La evolución psiquiátrica"; que compromete a la psiquiatría en las firmes exigencias de un pensamiento muy estructurado, en el que la tradición médica se enriquecerá con aportaciones existencialistas (Husserl, Merleau Ponty, Sartre), neurofisiológicas (Jackson) y analíticas (Freud).

Ey H. (1920) se erige como una figura importante dentro de la psiquiatría francesa y europea, debido a sus esfuerzos para diferenciar la psiquiatría de la neurología. Esto originaría movimientos que ayudarán en el enriquecimiento de la psiquiatría.

Además hace la distinción entre psicosis transitorias y psicosis crónicas al identificar una patología de la conciencia y una patología de la personalidad como sería el caso de la esquizofrenia. En este sentido coincide con Krapelin en la idea de situar a la esquizofrenia como una psicosis deficitaria la cual sólo es especificable al término de su evolución.

Propone también una concepción integrista entre cuerpo y espíritu. El delirio, para él, es la irrupción de deseos inconscientes surgidos para la destrucción del ser consciente y que son consecuencia de trastornos a nivel neurobioquímico.

"No es el inconsciente, es la desorganización del ser consciente lo que es patógeno" (Ey H. 1973)

Para apoyar sus afirmaciones, realiza múltiples investigaciones con diferentes alucinógenos, haschisch, LSD y mezcalina entre otros, partiendo de las observaciones y relatos de sujetos voluntariamente intoxicados, en cuyos resultados la acción de estas sustancias reproducen ciertos aspectos clínicos de la esquizofrenia y que para Ey son modelos experimentales de la psicosis. El efecto *paranó*, se caracteriza por una vivencia delirante de persecución que puede provocar reacciones agresivas o pánico suicidas. En la esquizofrenia paranoide, los estados son análogos. Los químicos han demostrado que existe un parentesco estructural entre la fórmula química de los alucinógenos y la de los metabolitos esenciales a la actividad cerebral, como la serotonina, por lo que no se descarta que el problema de la esquizofrenia radique en anomalías espontáneas en la química cerebral, y los delirios pertenezcan a primitivos conflictos ocultos en el inconsciente.

Así que la conciencia clara cimienta la libertad y mantiene controladas a las fuerzas del inconsciente. Sin embargo, no existe explicación para comprender cómo los accidentes de la conciencia (una intoxicación por ejemplo) pueden prolongarse en el modo de existencia esquizofrénica.

Articula sus explicaciones en torno a la patología cerebral y las aportaciones del psicoanálisis señalando una parte importante de intercambio entre lo físico y lo inconsciente que es la intencionalidad consciente.

“El inconsciente no podría nunca hacer irrupción por su solo peso, sino se aprovechará de una complacencia somática, de un fallo en la organización consciente del ser.”

Pese a que retoma algunas cosas del psicoanálisis, como por ejemplo el origen que confiere a los delirios, la insistencia de una especificidad orgánica de la enfermedad manifiesta su oposición con el psicoanálisis y a la antipsiquiatría.

En 1946 se celebra un coloquio en Bonneval sobre el “Problema de la psicogénesis de la neurosis y de la psicosis”, en el que exponen, entre otros, Lacan y Henry Ey haciéndose manifiesto por parte de éste último su desacuerdo con el psicoanálisis y en específico con las ideas de Lacan.

Lacan (1946) comenta en un artículo: *“La cuestión está en saber lo que el sujeto expresa ahí (en el delirio) sin reconocerlo”*. Haciendo entender que el delirio es una realización de deseos, ahí en lo imaginario, negando la realidad que le causa sufrimiento.

En ese mismo coloquio Lacan agregó: *“Lejos de ser la locura el hecho contingente de fragilidad del organismo del sujeto, es la virtualidad permanente de un fallo abierto en su esencia”*.

Así que se ven dos concepciones de la enfermedad mental. Una que insiste en la precariedad de las disposiciones de la vida psíquica normal (el psicoanálisis) y otra que considera que el hombre sitúa su anclaje decisivo en la seguridad de un cerebro garantizador de una conciencia clara; es decir la considera como una fatalidad orgánica.

Ey representa a la psiquiatría que es definida esencialmente como la ciencia de lo patológico con relación a la normalidad psíquica. Su organodinamismo, muy decisivamente influenciado por la patología de la

conciencia (la patología de las intoxicaciones pertenece efectivamente a la medicina) se ve ante mayores aprietos cuando es necesario explicar la organización crónica de una personalidad esquizofrénica fuera de los periodos delirantes. Viene a decir que la personalidad entera es delirante, siendo el autismo el equivalente de las irrupciones alucinatorias.

A partir de 1960 empiezan a surgir las denominadas teorías psicosociales que constituyen una nueva forma de explicación del origen de la enfermedad mental. G. Bateson, con su teoría del doble vínculo, sitúa la génesis de la enfermedad en la comunicación dentro del seno de la familia; de Laing y Esterson en su obra *Cordura, locura y familia* (1964) abordan el carácter perturbador del medio familiar; y de M. Demangeat y J. F. Bagues en *Las condiciones familiares del desarrollo de la esquizofrenia* (1972), hacen un amplio estudio de los discursos familia-sujeto en una perspectiva existencial y analítica. J. F. Bagues escribe (1972) *La esquizofrenia enfermedad de la familia* que abre paso a más investigaciones sobre la familia y su relación con la enfermedad mental.

Actualmente se habla de un modelo biopsicosocial en donde se da a la enfermedad una explicación multicausal. Sin embargo, se sigue dando el debate entre lo primordialmente orgánico y lo psíquico.

1.2.- ETIOLOGÍA.

Han sido muchas las investigaciones para tratar de encontrar la causa o causas que producen la esquizofrenia; sin embargo, continúa existiendo una gran controversia y nada que avale la causa cierta. A continuación se hace mención de las principales hipótesis.

a) Hipótesis genéticas:

Los estudios más importantes son los realizados en gemelos tanto dicigóticos como monocigóticos, partiendo en muchas investigaciones por la creencia de que a mayor consanguinidad de una persona con el esquizofrénico, se incrementa el riesgo de sufrir la enfermedad.

Gracias a los avances tecnológicos y científicos de finales del siglo XX principios del siglo XXI, se han realizado investigaciones a escala molecular como el llamado estudio del genoma humano, que tiene como finalidad conocer a detalle el código genético humano gene por gene.

Los estudios de relación de trazos monogénicos han sido útiles para el mapeo de genes importantes dentro del genoma. Genealogías con gran número de esquizofrénicos, presentan mayor probabilidad de ser genéticamente homogéneas lo cual facilitaría encontrar un locus principal de la esquizofrenia.

Se continúan clonando cada vez más genes que codifican los neuroreceptores o proteínas cerebrales similares. Al menos unos de ellos son posibles candidatos para la etiología de la esquizofrenia. Una vez identificadas las variantes genéticas de los genes potenciales, podrán ser examinadas en su relación con la esquizofrenia.

Sin embargo, pese a estos grandes avances en la ciencia, los científicos no han encontrado evidencias a este nivel que puedan ser convincente para afirmar que hay una causa genética para la esquizofrenia.

b) Hipótesis bioquímicas:

La asociación de la neurología con la psiquiatría ha permitido aplicar a la esquizofrenia algunas investigaciones biológicas muy precisas que conciernen más particularmente al metabolismo cerebral.

En este marco, el ambicioso objetivo era y sigue siendo descubrir correlaciones precisas entre la psicosis y posibles anomalías bioquímicas, con preferencias específicas. Se emprendieron trabajos considerables, sobre todo en los Estados Unidos. De las primeras investigaciones se llegó a demostrar el papel "tóxico" del suero de los esquizofrénicos. Así, una araña, la *Zilla notata* no pudo tejer su tela tras haber sido intoxicada con el suero de los enfermos, y las ratas no pudieron trepar de nuevo por la cuerda después del mismo tratamiento. Posteriormente se comprobó que cualquier tipo de suero producía el mismo efecto.

Durante mucho tiempo las investigaciones se centraron en el estudio de las proteínas importantes para el metabolismo del ser humano, ya que varias enfermedades neurológicas y sanguíneas son causadas por anomalías a nivel de estas moléculas. Entre las proteínas más estudiadas estaban las beta y gamma globulinas, la ceruleoplasmina, el ácido siálico, las hexosaminas. Todas las anteriores suelen sufrir modificaciones cuantitativas en los procesos agudos de la esquizofrenia. Sin embargo no se ha logrado demostrar que se trate de una modificación exclusiva de esta enfermedad.

Una orientación más fecunda fue la seguida por la escuela de Heath, quienes introdujeron la hipótesis de un proceso autoimmunizante, similar a los encontrados en ciertas enfermedades neurológicas o sanguíneas, como pueden ser la esclerosis en placas o el lupus eritematoso. Se trataría de una acción autoagresiva del organismo, el cual elaboraría sustancias que se comporten como antígenos tóxicos, provocando una respuesta defensiva inmunizante de intensidad excesiva. Esta respuesta exagerada sería capaz de crear lesiones a nivel de las células nerviosas o de perturbar la química celular.

En otras investigaciones con encefalogramas se comprobaron anomalías en los mismos si se colocaban los electrodos en ciertas regiones profundas del cerebro, modificaciones que no se encontraban en los sujetos normales o con otras enfermedades mentales. Sustancias alucinógenas tales como el LSD y la mezcalina inducirían en las mismas regiones alteraciones idénticas. Por lo que se deduciría que en los esquizofrénicos existe cierta sustancia de idéntica acción que determina anomalías, registrables por el encefalograma, en una región profunda del cerebro, alteraciones cuya importancia repercute palpablemente en la vida emocional del sujeto.

Posteriores trabajos se dedicaron a aislar esta proteína. Una primera fracción fue la llamada "taraxeína", que, purificada, desembocó en una inmunoglobulina denominada gamma - G globulina. Inyectada en el mono Rhesus, creaba también anomalías electroencefalográficas y un comportamiento anormal similar al estado catatónico. Es así como la escuela de Heath mantiene la hipótesis de un posible origen autoimmunizante de la esquizofrenia.

Otras prospecciones se orientan hacia metabolismos estrictamente cerebrales, entre ellos el de la serotonina. El LSD está próximo a la serotonina. Ciertos derivados de esta molécula obtenidos en laboratorio se comportan como alucinógenos. De ahí la necesidad de encontrar, en la sangre y en la orina de los enfermos, productos idénticos, preferentemente en períodos agudos alucinatorios.

Se utilizan también pruebas de cfargas, que consisten en imponer al sujeto la ingestión de ciertos productos precursores de esas sustancias (por ejemplo el triptófano), para observar si la sintomatología clínica se intensifica algunas horas después.

El conjunto de estos trabajos ha sido bastante decepcionante, lo mismo que el descubrimiento de cierta "mancha rosada" después del tratamiento cromatográfico de las orinas de esquizofrénicos (Friedhoff, 1962). Sin embargo, no se descarta la posibilidad de hallar trastornos metabólicos que conciernan a la esquizofrenia de manera específica.

A partir de una psicogénesis compleja, es verosímil que exista un "enlace bioquímico" susceptible de explicar, por ejemplo, el desencadenamiento de las alucinaciones. Es posible que esta percepción bioquímica, que remite a una predisposición de orden genético, venga a integrarse a una cadena multifactorial cuya suma es necesaria para que aparezca la esquizofrenia, o en general cualquier experiencia psicótica.

Es sorprendente la analogía entre ciertas experiencias psicodélicas y las vivencias alucinatorias de los esquizofrénicos. La acción de los fármacos antialucinatorios demuestra que existe un nivel metabólico capaz de influir sobre la percepción sensorial humana.

Este enfoque bioquímico de la esquizofrenia remite a un arraigamiento biológico que no es en modo alguno contradictorio con la inferencia de factores psicogenéticos. En sustitución de la antigua realización cientificista de la causalidad única responsable de un efecto preciso, se reconoce hoy en las ciencias del hombre la necesidad de causalidades múltiples que provocan efectos estructurales aparentemente semejantes.

Una de las más importantes teorías bioquímicas que intentan explicar la etiología de la esquizofrenia es la que sostiene que la alteración en la neurotransmisión de la dopamina, existiendo de forma abundante en las sinápsis o con hiperactividad de las vías dopamínicas, puede ser una posible causa; en 1963 Carlsson y Lqvist publican un trabajo de gran importancia sobre esta teoría titulado *Effect of chlorpromazine and haloperidol on the formation of*

3- *methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain*, en el *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, en donde concluyen que cuando se usaban medicamentos de acción antipsicótica como la clorpromazina o el haloperidol por periodos largos, se bloqueaba la acción normal del neurotransmisor dopaminérgico incrementándose la dopamina en primera instancia, desencadenándose un mecanismo de retroalimentación por el bloqueo del receptor ocupado por el neuroléptico; posteriormente había una disminución en el neurotransmisor antes mencionado, por lo que no había estimulación al receptor, lo cual era visible cuando se presentaban los síntomas parkinsonianos medicamentosos y la disminución de los síntomas psicóticos.

Una teoría que aporta información sobre la etiología de la enfermedad fue propuesta por Osmond y Smithies (1952) quien sostiene que es producto de una mala trasmetilación de las catecolaminas la cual produce dimetoxifeniletilamina (DMPEA, compuesto similar a la mezcalina).

Otra teoría es la de la monoaminoxidasa, en la que se sostiene que la baja actividad de MAO en las plaquetas arteriales está relacionada con la aparición de trastornos esquizofrénicos o en la vulnerabilidad para la aparición de éstos.

Son varias las teorías bioquímicas, sin embargo se puede concluir que todos los estudios anteriores han dado luz sobre los receptores del neurotransmisor dopaminérgico, haciéndose factible la especificidad de llegada a los receptores por parte de los neurolépticos, pudiéndose realizar una hipótesis sobre la fisiopatología de la esquizofrenia; sin embargo, la acción terapéutica de los neurolépticos no es razón suficiente para la explicación de la etiología de la esquizofrenia, razón por la que es importante saber qué proponen otra clase de explicaciones como se ve a continuación.

c) El psicoanálisis:

Hacia 1920, Freud elabora una segunda tópica en la que el ello (pulsiones arraigadas en el substrato biológico), a través del yo, entra en continua lucha con los sistemas represivos del llamado super yo, en dónde el verdadero conflicto se sitúa entre el yo y las exigencias externas, por lo que tiene que negociar la gratificación del ello o la punición del super yo, esto es logrado por su tarea de autoconservación tomando hacia fuera experiencias y estímulos que guarda en la memoria, evitando estímulos hiperintensos mediante la huida y enfrentando estímulos moderados mediante la adaptación, hacia adentro el yo trata de ganar terreno al ello, es decir, a las experiencias pulsionales, dónde decide si se satisfacen, o se desplaza dicha satisfacción a tiempos y circunstancias más idóneas, donde el superyo, con su carga de reglas, juega un papel importante en la decisión que tome el yo.

Freud abordó el problema de la psicosis con el célebre estudio sobre el presidente Shreber (1911) y un artículo esencial *Introducción al narcisismo* (1914), en el que escribe que el yo no sólo tiene la función de mediador entre el ello y el super yo, sino además tiene una entidad llamada narcisismo, a partir del cual realiza sus investimentos en los objetos exteriores. Dice que el narcisismo se constituye en la relación entre el niño y la madre. La cualidad del narcisismo se manifiesta en la confianza que en sí mismo tiene el sujeto, a partir de la cual él inviste el mundo exterior.

En 1911, Freud en su escrito "*Sobre un caso de paranoia*", (caso Shreber), menciona que el acercamiento entre deseos y prohibiciones se sitúa en un momento dado en el límite de la conciencia, trayendo como consecuencia una desintegración del yo (expresado en el caso citado cuando tiene la experiencia delirante de la muerte y del apocalipsis), haciendo imposible que el sujeto se reconozca responsable de un deseo prohibido fallando la represión. Se produce entonces una regresión hacia un narcisismo primitivo, la libido es

retirada del mundo y se vuelca sobre uno mismo, el yo se convierte en el objeto de un amor exagerado, explicando así las tendencias homosexuales de Shreber, pero como no las puede aceptar se hace evidente al sentirse omnipotente, megalómano y redentor de la humanidad al precio de un aparente sacrificio sexual. Lo anterior constituye su delirio, Freud (1911) escribe a este respecto la frase: *"Lo que ha sido rechazado internamente, retorna desde fuera"*.

La negación del deseo y su satisfacción clandestina por medio de lo imaginario constituye para Freud el mecanismo fundamental de las psicosis, y, en el caso de Shreber, de una esquizofrenia paranoide. El delirio tiene dos funciones principales, por una parte investir el deseo de manera imperiosa, superando las prohibiciones al precio de una negación de la realidad, y la segunda es el modo de comunicación con el exterior. De ahí que se tome al delirio como punto clave para el desciframiento y una posible cura.

El interés por la psicosis fue señalado, sin embargo, no sólo por Freud, sino también por otros analistas, como Melanie Klein y Abraham; y más recientemente por P.C Racamier, Lacan, Leclaire y Piera Aulagnier, entre otros.

Los psicóticos (entre ellos los esquizofrénicos) son incapaces de soportar el "clima" del análisis y corren el riesgo de aumentar sus tendencias delirantes por lo que no es recomendable que se sometan al análisis, además de que con cierta frecuencia abandonan rápidamente este modo de relación vivido como demasiado angustiante.

La técnica psicoanalítica usada con los esquizofrénicos se realiza frente a frente, evitando así una mayor regresión y angustia, y donde la escucha de lo que le sucede al paciente es desde la teoría psicoanalítica, mediante el desciframiento de lo imaginario delirante que disfraza la realidad, ofreciendo al mismo una comprensión más directa y casi transparente de los deseos

inconscientes. Al descifrar esta amalgama queda al descubierto que la producción imaginaria o delirante disimula, al mismo tiempo proclama, el carácter irreductible del deseo en relación con prohibiciones no menos rigurosamente temidas.

El desarrollo de una psicosis denota la prevalencia de lo imaginario, como situación dramática a la imposibilidad de tener acceso al orden simbólico.

Uno de los grandes autores que explican la psicosis, es Lacan, sobre todo con su trabajo concerniente a lo que él llama *forclusion* (exclusión) del nombre del padre.

Todo comienza, siguiendo a Lacan, después de la vida intrauterina, sentida a través de los fantasmas como un lugar de quietud, protegido de toda relación exterior, el nacimiento se vive como un acontecimiento dramático, ya que el sujeto abandona el confort biológico de no tener deseos, para situarse en un mundo intermedio, todavía ligado a la madre como prolongando la antigua quietud, pero así mismo proyectado hacia un mundo desconocido, donde las satisfacciones hay que inventarlas, cuyos deseos se dirigen hacia las cosas y los seres a los que reconoce como "otros" distintos.

El bebé unido durante nueve meses al cuerpo de su madre, permanece después por mucho tiempo en una ambigüedad esencial que podrá acentuarse hacia el polo de la autonomía progresiva o, por el contrario, hacia el polo de una dependencia regresiva. En esta relación precoz el sujeto corre el riesgo de invertirse así mismo como objeto (permanece "incorporado a su madre" como objeto del deseo de ésta), en lugar de irse asumiendo como un ser virtualmente ligado a ésta pero distinto, capaz de autonomía.

Para llegar a tener la capacidad de rechazar la atracción del deseo materno, es necesario que se den antes una serie de situaciones imaginarias

que preparan el acceso a la "carencia" simbólica resultante del complejo de Edipo, permitiendo al sujeto la certidumbre sensible de comprometerse sin demasiada angustia en el proceso de separación.

Esta utilización estructurante de las situaciones imaginarias puede observarse claramente en los juegos infantiles. Freud describió, la actividad de su nieto de dieciocho meses, el cual al jugar con un carrete, exorciza de algún modo la ausencia momentánea de la madre, adiestrándose en hacer aparecer y desaparecer un carrete de hilo, simbolizando la presencia y la ausencia de la madre por las palabras "lejos" y "aquí está" (en alemán, fort y da).

Como escribe acertadamente De Waelhens (1972):

"Explícitamente, se trata de la instauración y del desarrollo progresivo de una cierta distancia mediatizante, que inaugura por el lenguaje mismo la dialéctica de la presencia y de la ausencia, allí donde no habla otra cosa que una sucesión caótica..."

Siguiendo a Lacan, en su trabajo incluido en sus *Escritos* de 1966 con el título de *"El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica"*, plantea que el bebé tiene una representación fantasmática de su cuerpo el cual lo vive como fragmentado, dicha representación se preserva en la edad adulta en los sueños, delirios y procesos alucinatorios. En la misma perspectiva imaginaria estructurante se sitúa la imagen especular. Cuando el niño hacia los seis meses percibe su reflejo en un espejo, expresa una satisfacción. Todavía muy dependiente y "fragmentado", se aprehende como "un todo global.", como una gestalt. Esta imagen aparece como un ideal posible, aunque sea falsa, en el mismo momento en que el sujeto se reconoce. Confiere una notable seguridad al narcisismo primario, el cual posteriormente podrá enfrentarse en condiciones satisfactorias al complejo de Edipo. Vivido hacia los tres o cuatro años, va acompañado cronológicamente del desarrollo del lenguaje.

"Es que la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en su espejismo a la maduración de su poder, no le es dado sino como Gestalt, es decir, en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida, pero donde sobre todo le aparece en un relieve de estatura que la coagula y bajo una simetría que la invierte, en oposición a la turbulencia de movimientos con que se experimenta a sí mismo animándola" (Lacan Escritos 1966).

La imago del cuerpo Integro es falsa, el niño cree ser en realidad lo reflejado en el espejo o mejor dicho lo que la mirada de la madre le refleja, se identifica con lo que Lacan llamó "imaginario". Lacan dice que el ser humano se encuentra atrapado en un juego de identificaciones, que lo impulsan a repetir la relación con esa imagen anticipatoria, cuando la madre le dice a través de la mirada y de la palabra "eres el niño más hermoso del mundo", lo que hace es introducir al niño y futuro adulto en una dialéctica de la cual no escapará jamás. Al entrar en la conflictiva edípica, se instaura el orden simbólico el cual atenuará o modificará la relación con estas imagos especulares, pero nunca se deshará de ellas por completo.

Además, hace la diferencia entre el yo-ideal y el ideal del yo; el primero es una imago adelantada, lo que queremos ser pero no somos, es una imagen narcisista que el hombre persigue con insistencia. El ideal del yo, surge cuando el sujeto accede al registro simbólico, el sujeto sabe que no puede ser la figura de héroe, poderoso y perfecto, y acepta que es parte de una estructura que hay que preservar, cuyo papel es transmitir la ley.

Es importante señalar que para Lacan el complejo de Edipo se da en tres tiempos. El primero es el estadio del espejo, la relación diádica con la madre, define su identificación con el otro, es decir, con el deseo del otro. En primer lugar el niño se identifica con una imagen anticipada de si mismo y en otro

momento se identifica con el deseo de la madre. Finalmente se tratará de consolidar la separación de la madre, asumiendo la prohibición concreta proveniente de una angustia llamada angustia de castración, comprendiendo que ni su padre ni él son el falo y que sólo lo podrán transmitir de generación en generación, ingresará al orden simbólico, aceptará la ley; esta prohibición se puede formular de la siguiente manera: "Tú no podrás vivir realmente como sujeto si no renuncias sexualmente a tu madre, objeto de tus deseos regresivos fuera de lugar". El niño se ve así confirmado como sujeto que desea, y a la vez introducido en el límite que enlaza su destino con el juego de las generaciones. Cabría imaginar además la comunicación siguiente. "Renunciando a tu madre, hallarás otras cosas con las que satisfacer tu deseo". La posibilidad de atravesar y de resolver el complejo de Edipo induce al sujeto a lanzarse fuera del círculo cerrado de su simbiosis original para dirigir sus deseos hacia otros objetos, imaginariamente menos satisfactorios pero que le permiten asumir su destino temporal, ya que sólo en una muerte futura conseguirá alcanzar el equivalente de su situación intrauterina. En cierta manera, le permite al sujeto asumir su carácter de incompleto sin perder su identidad.

La creación, artística, en algunos de sus aspectos, es un regreso imaginario a la primitiva unión materno – filial sentida como nostalgia, ya que es en ésta en la que busca sustituir la carencia en los fantasmas. Así pues, que esta posición edípica es una situación dinámica que se mantiene conflictiva, símbolo de una existencia abierta.

Ahora bien, el sujeto esquizofrénico no tiene acceso a la posición edípica, y ello se debe a varias razones:

- 1) Permanece unido, simbiotizado con su madre. Su imagen, es opacada, mezclada, la cual siente con una angustia extrema. A esta simbiosis concurre activamente el deseo de la madre, que polariza en su hijo lo esencial

de su energía libidinal. Un clima incestuoso se instala de manera intensa y, por supuesto, en lo esencial escapa a la conciencia.

2) La fusión dual (la díada madre – hijo) es vivida por parte del sujeto con una enorme angustia y una extrema ambivalencia. Se encuentra con las satisfacciones de la regresión que entran en oposición con el deseo de autonomía del sujeto que siente el peligro del aniquilamiento, lográndose una disociación entre el deseo de goce incestuoso y la angustia de no existencia,

3) En esta díada el padre no tiene sitio, su presencia desaparece ante el deseo de la madre. En cierto modo, es quemado en efigie, que esté presente o no, en lo real, es irrelevante. Esta ausencia de la figura paterna fue llamada por Lacan *forclusion* del nombre del padre. De ahí el fantasma a veces expresado por los esquizofrénicos en sus delirios de ser su propio padre y su propia madre.

4) La forclusion de la figura paterna puede compensarse por una sustitución imaginaria alucinatoria. En la psicosis se trata de la ausencia de tal significante lo que no pudo ser articulado de manera simbólica tiende a compensarse de una manera imaginaria. La presencia paterna emergerá como real para el sujeto no en la realidad sino dentro del hermetismo aparente del delirio.

Esta atmósfera de persecución en los delirios esquizofrénicos que conduce a un mundo maniqueo arcaico (el mundo aparece vivamente contrastado entre principios benéficos y maléficos) fue precisada en 1919, por V. Tausk, uno de los primeros discípulos de Freud, quien publicó un artículo titulado "*De la génesis del aparato de influir en los esquizofrénicos*". En el que resaltaba que en los períodos delirantes, los esquizofrénicos son a menudo perseguidos por una máquina imaginaria. Ésta es de compleja disposición y obra a distancia sobre el pensamiento o los sentimientos del sujeto, sea

produciéndolo imágenes sugestivas, o bien actuando directamente a nivel de su cuerpo y en particular en la esfera sexual. en ese libro escribe:

“Las máquinas representan siempre los órganos genitales del que sueña. El sueño se opone al deseo de eyaculación por mutaciones simbólicas sucesivas”.

En el sujeto delirante, se trata de una proyección imaginaria de los órganos genitales. Una parte del cuerpo, particularmente conflictiva, es así expulsada fuera del sujeto, quedando ligada a él, sin embargo, por el artificio de la persecución. V. Tausk emite asimismo la hipótesis de que esta forma de despersonalización, representada por la máquina pudiera corresponder como regresión a un período decisivo de la infancia. Vinculando la sintomatología clínica en los esquizofrénicos a este clima fantasmático del sujeto. Agrega:

“La catalepsia, la flexibilidad cérica, ¿no podrían corresponder al estadio en que el hombre no siente sus órganos como propios y, por no sentir que le pertenecen, los abandonaría entonces a la presencia de una voluntad extraña?”.

Melanie Klein en 1932 escribe *El psicoanálisis de niños* donde describe la vida psíquica del niño; en 1946, en su trabajo *“Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”*, habla de la posición esquizo – paranoide, la cual sitúa en los primeros tres o cuatro meses de vida. Como esta designación deja entender, esa posición halla modalidades de reacción análogas a las expresadas por los esquizofrénicos, describe a la mente como un mundo poblado de objetos internos, que interactúan con los externos a través de mecanismos de proyección e introyección.

Según Klein el niño desde el nacimiento trae un yo incipiente, que en estos primeros meses, siente angustia de ser atacado, por el primer objeto con

el que se relaciona, (pecho) y que es percibido de forma parcial, siendo un pecho idealizado y otro persecutorio o malo, los cuales son disociados y excluyentes, es decir, no están integradas las cualidades como propias de un mismo objeto, sino que son dos objetos distintos y separados. El yo se protege de esta angustia persecutoria con mecanismos de defensa intensos y omnipotentes como la disociación, la identificación proyectiva, la introyección y la negación. El niño está expuesto a un mundo agresivo, frustrante, pero al mismo tiempo cálido, lleno de amor y deseos en general de corresponder a sus deseos, es decir, se debate entre amor – odio, experimenta de manera intrínseca (retomando a Freud) un conflicto entre dos pulsiones opuestas: la pulsión de vida y la pulsión de muerte, atraído hacia la existencia pero al mismo tiempo nostálgico del no ser. Estas dos pulsiones tenderán a proyectarse juntas sobre un mismo objeto, lo que conduce entonces a la escisión. Así pues, entre los sentimientos internos y los objetos parciales se establece un juego muy complejo de introyección y de proyección, en el que el exterior es interiorizado y el interior es exteriorizado.

Esta manipulación tiene por objeto obtener una cierta diferenciación entre placer y disgusto, que permitirá al yo realizar los primeros investimentos para conseguir una ordenación dualista del mundo. Los mecanismos de introyección y proyección, permiten la construcción de un objeto bueno interno y un objeto malo interno, con ésta dinámica de proyección e introyección, entre los objetos y situaciones externas y los impulsos y fantasías internas que quedarán mezcladas.

En la posición esquizo – paranoide , existen momentos de integración de los objetos disociados que con la introyección de objetos buenos, ayudan al yo a soportar la angustia sin proyectarla y disminuyendo progresivamente, favoreciéndose los procesos de integración produciéndose así el paso a la posición depresiva en la que el niño podrá integrar y reparar sus objetos. Pero si el conjunto de los objetos propuestos es sentido como terroríficos en su

totalidad, el yo tiende a negar toda percepción y estalla literalmente en proyecciones fragmentadas. Sufre una desintegración, al igual que el objeto, sin llegar a integrarlo por falta de introyecciones de objetos buenos.

Cuando la relación precoz se desenvuelve mal, en vez de una primera reordenación dualista del mundo en objetos buenos y malos, la proyección se comporta entonces de manera destructiva hacia el yo y los objetos exteriores, mezclándose el entorno con los fragmentos corporales.

La esquizofrenia o cualquier estado psicótico sobreviene cuando la madre en su deseo inconsciente vive a su hijo como un fragmento incrustado en su cuerpo como objeto exclusivo de su libido.

Como conclusión de este apartado se puede decir que son varias las aportaciones del psicoanálisis para la comprensión de los sujetos esquizofrénicos:

- Es producto de causas múltiples, y que es en su interacción y conjunto que producen el estado esquizofrénico.
- El delirio no es una construcción absurda. Posee un sentido en el que pueden reconocerse simbólicamente expresados los deseos conflictivos del sujeto, aunque el no tenga la posibilidad de distinguirlos, al menos en el momento en que lo padece.
- La psicosis supone, una negación en el orden de la realidad. El compromiso neurótico entre deseo y represión se ve desbordado en beneficio de un mayor investimento en lo imaginario.
- La esquizofrenia refleja una falla ontológica que se presenta en los primeros meses de la vida. Asocia el niño y la madre en una relación que no es satisfactoria, dejando un fallo decisivo en la disposición narcisista del sujeto. Esto se representará en sentimientos de inseguridad y dependencia.
- Esta falla particular trae consigo la imposibilidad de que el sujeto plantee el conflicto edípico, lo que entraña un no acceso al orden simbólico. Este

estancamiento antiedípico está provocado, no por una figura paterna conflictiva, sino por ausencia de tal figura, que, excluida, no tiene más posibilidad de retorno que a nivel imaginario.

Hartman y los seguidores de la psicología del yo, surgida en 1930 con su clímax en los 60's, basándose en las formulaciones de Freud, principalmente a lo concerniente a la segunda tópica, incluían como objeto de estudio funciones mentales como la conducta, la inteligencia, el pensamiento, el conocimiento, etc. Tratando de entender los procesos concientes y preconcientes a la luz del psicoanálisis.

Los síntomas son interpretados como conflictos entre el yo y el superyó, entre los impulsos ya sea del ello o superyó y el yo y entre la realidad y alguna de las instancias psíquicas.

Los teóricos del yo ponen especial atención en el yo, sus mecanismos de funcionamiento, su desarrollo y la relación de éste con las demás instancias del aparato psíquico y con la realidad.

Hartmann en 1964 plantea varias hipótesis, entre ellas está una propuesta de la existencia de aparatos innatos del yo constituidos por actividades como memoria, percepción, lenguaje, motricidad, etc. Hipotetiza la existencia del yo desde el nacimiento, no como se había planteado inicialmente por la teoría psicoanalítica su nacimiento por el conflicto entre el ello y la realidad. Este yo incipiente está representado por funciones que por no estar inmersas en el conflicto corresponden, a lo que llamó, "área libre de conflicto".

Del impulso o el conflicto que le puede dar origen, ciertas funciones del yo surgidas inicialmente del conflicto entre el ello y la realidad pueden independizarse más tardíamente, dicha autonomía se designa como

secundaria. Hartman piensa al yo y a las otras dos instancias psíquicas (ello y super yo) como estructuras que contienen a su vez subestructuras originadas en distintos momentos del desarrollo, confiriendo así, a la estructura clásica tripartita, una mayor complejidad.

Hartman (1939) propone que el área libre de conflicto del yo, designa el conjunto de funciones que, en un momento determinado tienen efecto fuera del campo de los conflictos mentales. Es decir, se refiere a aquellos procesos que en un individuo dado permanecen empíricamente fuera de la esfera del conflicto mental.

Su punto de vista supone que el sujeto en el momento del nacimiento encuentra dificultades de sus impulsos y de la realidad externa enfrentándolas con su dotación individual innata de funciones que no guardan relación directa con los impulsos, de esta dotación el yo podrá echar mano para resolver los conflictos que se le presentan en relación con el ello y la realidad. El área libre de conflicto es dinámica y su extensión cambia continuamente por lo que determinadas funciones originalmente autónomas y pertenecientes a dichas áreas pueden ser invadidas por impulsos intensos en determinadas circunstancias tal es el caso de las alucinaciones donde la función inicialmente autónoma de la percepción falla ante la intensidad de los impulsos provenientes de otras instancias psíquicas.

El autor también propone que las funciones autónomas son la base filogenética de los mecanismos de defensa utilizados por el yo, los cuales serán ampliamente desarrollados en 1936 por Anna Freud. Dicho yo no se encuentra desde el inicio de la vida psíquica sino que el sujeto nace con determinadas capacidades las cuales, en el proceso de desarrollo, estarán al servicio del yo. La fortaleza del yo dependerá de la capacidad para disponer, sin desintegrarse, de las funciones autónomas. La estabilidad anímica-emocional será resultado de la manera en que se resuelva los conflictos entre el yo y el ello, el yo y el

superyó, el yo y la realidad y de la manera de usar y coordinar las distintas funciones voicas.

1.3.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Desde finales del siglo XIX y principios del XX muchos autores que hablaron sobre la esquizofrenia pusieron interés en describir y clasificar lo que se conoce como tipos clínicos de dicha enfermedad.

El más importante en esta tarea fue Kraepelin (en sus escritos de 1887), quien reuniendo la descripción de Morel (la *démencé précoce* convertida en *dementia praecox 1860*) y las de Kahlbaum (1874) y Sander (1875) para las formas catatónicas y paranoide, organizó el estado nosológico de lo que vendría a ser la esquizofrenia. Después de la clasificación bleureliana, la idea de los tipos clínicos adquirió cierta estabilidad.

En los últimos años se han modificado nombres y tipos, sin embargo se ha conservado la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad heterogénea, y que sobre la base de síntomas compartidos se agregan otros que dan un apellido a la enfermedad.

Obsérvese el siguiente cuadro comparativo

DSM – III R	DSM – IV
EQUIZOFRENIA.	ESQUIZOFRENIA Y OTROS
TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIDE)	TRASTORNOS PSICÓTICOS.
TRASTORNOS DELIRANTES NO	Esquizofrenia.
CLASIFICADOS EN OTROS	Trastorno esquizofreniforme.

<p>APARTADOS.</p> <p>Psicosis reactiva breve.</p> <p>Trastorno esquizofreniforme.</p> <p>Trastorno esquizoafectivo.</p> <p>Trastorno psicótico inducido (<i>folie a deux</i>)</p>	<p>Trastorno esquizoafectivo.</p> <p>Trastorno delirante.</p> <p>Trastorno psicótico breve.</p> <p>Trastorno psicótico inducido (<i>folie a deux</i>).</p> <p>Trastorno psicótico debido a condición médica general.</p> <p>Trastorno psicótico inducido por sustancias.</p> <p>Trastorno psicótico no especificado en otros lugares.</p>
---	---

En el *Manual de Padecimientos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana* (DSM – IV) se han hecho cambios, entre los que destacan la fusión del capítulo de esquizofrenia con otros que permanecían separados (como se expresa en el cuadro anterior).

Con esta fusión los expertos pretenden ofrecer, en el mismo capítulo, la lista de cuadros clínicos para establecer más finamente un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia.

En el manual, en el capítulo referente a la esquizofrenia, se hace una introducción la cual puede servir como definición:

“Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La

alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social”.

El diagnóstico de la esquizofrenia se hace por exclusión, es decir, antes de aceptar presencia de esquizofrenia se descartan otros trastornos psiquiátricos, tóxicos o médicos.

Los síntomas comunes a todas las personas que padecen esquizofrenia, son llamados también “Criterios Diagnósticos”, estos se encuentran también en el DSM – IV y a continuación se citan.

- A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
1. ideas delirantes
 2. alucinaciones
 3. lenguaje desorganizado (p. e. descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 - 4.- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

5.- síntomas negativos (p. e. aplanamiento afectivo, alogia o abulia)

Nota: sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. **Disfunción social / laboral:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado mismo, estén claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. **Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. **Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los períodos de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activos y residual.

- E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión parcial; *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único con remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

En cuanto a los subtipos de esquizofrenia cada uno tiene también sus Criterios Diagnósticos. A continuación sólo se citan los subtipos sin sus características, mismas que se pueden encontrar en el DSM-IV.

a) F20.0x Tipo paranoide [295.30]

b) F20.1x Tipo desorganizado [295.10]

c) F20 .2x Tipo catatónico [295.20]

d) F20.3x Tipo Indiferenciado [295.90]

e) F20.5x Tipo residual [295.60]

Existen otros trastornos que a continuación se citan y de los que se debe tener en cuenta para hacer el diagnóstico fino, descartando o no una esquizofrenia:

a) F20.8 Trastorno esquizofreniforme [295.40]

b) F25.x Trastorno esquizoafectivo [295.70]

c) F22.0 Trastorno delirante [297.1]

d) F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8]

e) F24 Trastorno psicótico compartido [297.3]

f) F06.x Trastorno psicótico debido a... (Indicar enfermedad médica) [293.xx]

1.4.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Desde la más remota antigüedad el ser humano ha tratado de modificar artificialmente sus funciones mentales. Las pruebas más antiguas se refieren al opio, encontradas en tumbas de restos humanos de la Edad de Piedra en el

norte de Italia y Suiza. Los sumerios hacia 3000 a. C. cultivaban la amapola y extraían su jugo, al cual llamaban “suerte” o “alegría”. Escritos tan antiguos como *los vedas*, entre 1500 y 1200 a. C., ya mencionan una planta llamada *el soma*, de la cual se obtenía el jugo que producía una sensación de bienestar además de una raíz de la *Rauwolfia*, de la cual se extrae la reserpina, como tranquilizante. En México el uso de hongos alucinógenos o carne de los dioses, como les llamaban, es también ancestral. Mucho tiempo después, hacia el 1899, Kraepelin funda el primer laboratorio de psicofarmacología clínica.

La introducción de drogas alucinógenas sintéticas se inicia en 1943, siendo Albert Hofmann quien reporta los efectos psíquicos del LSD al ser ingerido por él mismo.

En 1948 se marca de manera definitiva el tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diferentes enfermedades mentales lo que trajo como consecuencia la reducción de pacientes internados en instituciones psiquiátricas. Sin embargo, este desarrollo se produjo de manera accidental. El primer fármaco antipsicótico, la *clorpromazina*, fue realizado en el laboratorio de Henri Laborit en Francia. Él estaba interesado en sustancias que pudieran antagonizar los signos y síntomas del choque, manifestado por debilidad, angustia, sudoración, piel húmeda y fría, pulso rápido y débil, disminución de la presión arterial, relajación arterial, etc. Pensaba que este cuadro se debía a la liberación masiva de neurotransmisores por lo que podían mejorar si se les aplicaban antagonistas de los mismos. Una compañía farmacéutica francesa hacía investigaciones con antihistamínicos como la *prometazina* mostrando efectos antihistamínicos, propiedades sedantes y analgésicas importantes. La prometazina era administrada siempre junto con el llamado coctel del anestesiólogo, viéndose disminuida la incidencia de choque, además de que antes de la operación el paciente se mostraba más tranquilo y después de la operación su estado de ánimo era mejor después del suceso. En la búsqueda de fármacos más eficaces se crea la clorpromazina que era más potente y

menos tóxica que la prometazina, además de producir cierta somnolencia y disminución de reactividad del sujeto a estímulos ambientales, pero sin pérdida del conocimiento. Entonces Laborit sugiere su empleo en pacientes psiquiátricos. Jean Delay y P. Deniker psiquiatras franceses en 1952 ensayaron la clorpromazina en sujetos con alteraciones psiquiátricas, con resultados extraordinarios en casos que iban desde la manía hasta los síndromes depresivos o compulsivos, muchos de los pacientes pudieron regresar a casa.

En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol una butirofenona. En esa misma década J. Cade, médico australiano, utiliza el litio en el tratamiento de la manía, y la iproniazida en estados depresivos; hacia la década de los 60's aparecen los antidepresivos tricíclicos y los ansiolíticos como las benzodiazepinas.

La búsqueda de estados estáticos inducidos por técnicas farmacológicas data de miles de años y continuará aún por mucho tiempo.

En el contexto de la investigación sobre salud mental, el empleo de sustancias capaces de inducir alteraciones de conducta ha permitido abordar su estudio en modelos animales. La gama de alteraciones que pueden afectar al cerebro desde este punto de vista es vasta, al igual que los problemas filosóficos que esto encierra; en tal sentido se habla incluso de una nueva rama del conocimiento: la neurofilosofía.

Al observar los efectos de estas sustancias se puede pensar que si los cambios inducidos farmacológicamente en un solo neurotransmisor modifican la conducta de una persona, entonces lo que determina a ésta última es de orden químico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la influencia del ambiente, incluyendo la educación, contribuye de manera importante en los efectos de una droga.

Por otra parte, los síntomas, producto de problemas puramente psicológicos, no se tratan eficazmente con drogas; incluso pueden verse complicados por éstas cuando aparece el peligro de crear una dependencia física o psíquica como una manifestación más del problema. Las llamadas funciones superiores se encuadran en este contexto. Los diferentes estados de conciencia pueden ser modificados por la exposición a drogas y viceversa: los estados de ánimo o de conciencia pueden modular los efectos de sustancia que afectan el tejido nervioso. Los psicofármacos ejercen sus acciones sobre sistemas complejos de neurotransmisores dispersos en varios niveles cerebrales, modifican la conducta del sujeto con repercusiones sociales.

Finales del siglo XX y lo que va del siglo XXI se considera una nueva revolución en el tratamiento de la esquizofrenia con los nuevos fármacos antipsicóticos atípicos como la clozapina. Pero para llegar a que se aceptara la introducción de los fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia no fue fácil, como todo lo nuevo causa recelo ya que la mayoría de los psicoterapeutas y psiquiatras en general se oponían al uso de fármacos estableciendo la psicoterapia como única opción.

Como ya se mencionó la clorpromazina fue descubierta a principios de los años cincuenta, pero todavía hasta 1974 en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos reunidos los mejores analistas discutieron el papel de la psicoterapia en la esquizofrenia, abogando finalmente por la psicoterapia intensiva, sin tratamiento farmacológico.

Es hasta mediados de los noventa en México que se da menos oposición al tratamiento farmacológico, considerándose como componente principal en el tratamiento de la esquizofrenia.

Los psicofármacos se utilizan fundamentalmente para tratar alteraciones como la esquizofrenia y otras psicosis, la depresión y la manía, y los cuadros producidos por angustia y ansiedad excesivas.

Los agentes antipsicóticos de acuerdo a su estructura química se agrupan en las siguientes familias:

- Fenotiazinas: como la clorpromazina, tioridazina y la trifluoperazina.
- Tioxantenos: como el tiotixene, clorprotixene, metixene y el flupentixol.
- Butiferas, como el haloperidol.
- Dibenzodiazepinas: como la clozapina, la olanzapina y la quetiapina
- Dibenzoxazepinas como la loxapina.
- Difenilbutilpiperidinas.
- Indolonas como la molindona y otros agentes llamados heterocíclicos.
- Alcaloides de la rauwolfia o reserpínicos: como la reserpina.

Los efectos antipsicóticos van apareciendo a medida que el tratamiento avanza: la agitación y la inquietud van desapareciendo; la comunicación con los demás y hacia su medio incrementa; las conductas impulsivas o agresivas, las alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento van desapareciendo. Sin embargo, mientras que los síntomas positivos disminuyen, con la terapia farmacológica no sucede lo mismo con los síntomas negativos.

Los neurolépticos pueden ser muy eficaces en la disminución de los síntomas positivos, pero se ha visto que aún en aquellos pacientes que experimentan esta mejoría no pueden recuperar un nivel óptimo en sus actividades cotidianas como pueden ser en el estudio, trabajo y vida familiar.

Estudios como los de Strauss y Carpenter (1972), muestran que las valoraciones por ejemplo de síntomas positivos y funcionamiento social, son a

menudo independientes uno del otro, por lo que es importante que las valoraciones de la evolución de la enfermedad se efectúen de forma individualizada.

Los antipsicóticos bloqueadores de los receptores dopaminérgicos muestran sus efectos a diferentes niveles dada la gran distribución de estos receptores en el sistema nervioso central y periférico: actúan sobre las neuronas responsables del vómito por lo que su acción es antiemética; en el sistema endocrino aumentan la secreción de prolactina, por lo que pueden causar galactorrea, ginecomastia, amenorrea, agravación de tumores sensibles a las hormonas (como el cáncer de mama) entre otros.

Es de importancia señalar que estas sustancias no son adictivas. La suspensión brusca de la administración crónica si puede acarrear la aparición de malestares físicos.

Los efectos colaterales son variados y lo que se busca son nuevos medicamentos que disminuyan estos efectos pero que sigan siendo eficaces en el tratamiento de las enfermedades mentales, algunos de ellos son:

A nivel del Sistema Nervioso Central (SNC):

- Acatisia: imposibilidad de permanecer tranquilo ejerciendo movimientos constantes.
- Disonías: son contracciones musculares involuntarias como gesticulaciones, muecas, tortícolis o movimientos oculares exagerados.
- Síndrome parkinsoniano: lentificación de los movimientos (bradiquinesia), rigidez muscular (hipertonía) que incluye los músculos de la cara dando una faz inexpresiva a la que se llama "cara de palo", y temblor.
- Disquinesia tardía: movimientos involuntarios, estereotipados y repetitivos de la boca, los labios y la lengua, de las extremidades y la adopción de posiciones extrañas, con contracturas musculares prolongadas. Se da en pacientes después de largos periodos de tratamiento con antipsicóticos.

- Síndrome neuroléptico maligno: alteración con crisis graves de parkinsonismo, catatonía, temblor, alteraciones de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumento de la temperatura corporal, etc. Se reporta como emergencia médica ya que la mortalidad alcanza hasta el 10% de los casos.
- Crisis convulsivas

A nivel del sistema nervioso periférico puede haber:

- Constipación, náuseas, vómito
- Hipotensión, vértigo
- Sequedad de la boca
- Congestión nasal
- Visión borrosa
- Dilatación pupilar, midriasis
- Fotofobia
- Ileo paralítico
- Taquicardia
- Retención urinaria
- Inhibición o retraso de la eyaculación

Efectos varios:

- Agranulocitosis
- Dermatitis
- Ictericia
- Aumento de peso
- Efecto feminizante
- Acción hiperglucemiante
- Aumento de la temperatura corporal
- Retinopatía

La terapia ideal se basa en dosis mínimas de neurolépticos pero que garanticen en lo menos posible una recaída. Dosis altas aumentan los efectos secundarios, incluida la disquinesia tardía y distonía, que son trastornos anormales del movimiento, de aparición tardía, los cuales pueden ser desfigurantes e irreversibles. Las variaciones en la farmacocinética y metabolismo para cada persona son distintas por lo que es difícil establecer una misma dosis mínima para todos. Es por lo que los psiquiatras elevan la dosis muy lentamente; alternativamente se reduce gradualmente la dosis con el fin de encontrar el nivel apropiado con una dosis mínima.

La duración media necesaria para una respuesta antipsicótica es de cuatro a seis semanas, pero no significa que la mejoría máxima aparezca en dicho período, sino que si la respuesta esperada no se ha hecho presente en ese tiempo, seguramente no la hay y se intentará con otro medicamento.

Para que el tratamiento farmacológico tenga éxito es de suma importancia que el médico informe tanto al paciente como a los familiares del mismo el riesgo de los efectos colaterales, ya que sin la información pueden abandonar el tratamiento. Se les debe indicar, además, que el tratamiento será prolongado pero no será adictivo; se les debe recomendar no exponerse a temperaturas altas, evitar drogas como las anfetaminas, la cocaína o la L-Dopa, porque estas agravan los cuadros psicóticos; se les debe advertir también sobre el uso de sustancias depresoras por el peligro de potenciación de la sedación, hipotensión y falla respiratoria.

Alrededor del 1% de la población mundial sufre de esquizofrenia, el costo de esta enfermedad es muy elevado, sobre todo por las largas estancias en hospitales psiquiátricos. Pero a partir del uso de los neurolépticos se redujeron estas largas estancias. Al mismo tiempo se da también un cambio en la actitud por parte de la sociedad ante esta enfermedad, lo que aunado al tratamiento

farmacológico ayuda a la reinserción de la persona que padece la enfermedad. La mayoría de los enfermos viven con sus familias, en estancias para grupos, casas de medio camino, etc., excepto durante los cortos periodos en los que se puede dar una exacerbación aguda de los síntomas psicóticos.

Como se verá más adelante, el tratamiento para la esquizofrenia no se limita sólo al tratamiento farmacológico, sino que debe acompañarse de otro tipo de terapias para el enfermo y sus familiares. Un tratamiento integral aumenta las posibilidades de éxito en el mejoramiento del paciente y de la familia.

1.5.- OTROS TIPOS DE TERAPIA PARA LA ESQUIZOFRENIA.

A. Terapéuticas Electroconvulsivas

Hacia mediados de 1930, en Italia, Cerletti junto con su equipo, investigan un modelo experimental de epilepsia, induciendo los ataques con electricidad. Al ver los buenos resultados, Cerletti y Bini, otro neuropsiquiatra, deciden aplicar su técnica a un esquizofrénico psicótico agudo, obteniendo eficaces resultados. A su modalidad la llamaron terapéutica por electroshock (EST).

Posteriormente a la técnica se le llamó terapia electroconvulsiva (TEC). Desde sus orígenes a la fecha la TEC ha sufrido muchas modificaciones, sobre todo para disminuir la morbilidad sin disminuir la eficacia terapéutica.

La TEC es considerada una intervención mayor por que supone un agudo impacto en los sistemas cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético y nervioso, por lo que para su aplicación se deben hacer el examen físico, la historia médica, los análisis de sangre y orina, el electrocardiograma (ECG), el

examen radiográfico de la columna vertebral y cráneo y el electroencefalograma (EEG).

Debido a la serie de fantasías que existen alrededor de la TEC, es necesario explicar a pacientes y familiares en qué consiste, los riesgos y los beneficios; ésto es importante para después pedir el consentimiento en caso necesario. Ya con el consentimiento, los medicamentos anteriores y posteriores deberán ser revisados para prevenir una interacción peligrosa entre éstos y los utilizados como agentes auxiliares en la TEC.

Como se mencionó con anterioridad, la TEC presupone una serie de efectos adversos como son: la mortalidad, la que hay que señalar, se ha reducido en número importante debido a los exámenes que se aplican para saber el estado físico del paciente; efectos sistémicos como pequeñas taquicardias que pueden ser tratadas sin dificultad; y efectos sobre el sistema nervioso central sobre todo en los procesos de memoria.

En la actualidad el uso de la TEC para la esquizofrenia es casi nulo, sobre todo desde la introducción de los neurolépticos, sin embargo todavía es una opción importante y conveniente sobre todo en cuadros reñentes al tratamiento farmacológico que pueden conducir al suicidio.

B. Terapia Individual

Schwartz (1989) otorga importancia como precursores de la terapia individual en esquizofrénicos especialmente en Estados Unidos, en primer lugar a Adolf Meyer quién afirmó que la esquizofrenia es una enfermedad que consiste en la desorganización del yo, que tiene una vulnerabilidad genética y que esta influido por el medio ambiente; y el segundo es Harry Stack Sullivan quien le dio una gran importancia en la Interacción humana.

Antes de ellos se tomaba al lenguaje del esquizofrénico como la pieza clave para su curación, haciendo al sujeto comunicativo, sensible y ordinario. Posteriormente se inducen los neurolepticos con lo que se da un giro en la comprensión de la enfermedad, tomando al lenguaje del esquizofrénico como un síntoma más de la enfermedad.

El terapeuta se enfrenta con dos principales problemas en el abordaje individual del paciente: la desorganización del yo y la regresión, por lo que se distinguen desde una forma fenomenológica, a sujetos con retraimiento social y pérdida de la prueba de realidad.

Actualmente (2004) es aceptado que los pacientes que padecen esquizofrenia se benefician de la psicoterapia, haciendo mención que el psicoanálisis ortodoxo queda descartado de tal beneficio por muchas causas.; entre las más importantes se puede mencionar la transferencia, ya que el psicótico ha perdido las representaciones de sus objetos internos, por lo que confunde su yo con el mundo externo, proyectando elementos internos delirantes al terapeuta, por lo que lo puede ver como una instancia ideal o como alguien peligroso que persigue la intimidad del sujeto, haciendo más difícil la relación; se agrega a esto que el esquizofrénico se encuentra solo y se defiende de la cercanía y confianza, tomando una actitud suspicaz y de hostilidad, por lo que, según Schwartz, la psicoterapia de orientación psicoanalítica debe ser un proceso sensible y flexible. La actitud por parte del terapeuta exige una sinceridad, una observación y un uso del lenguaje no verbal que haga más entendible las distancias y sensibilidad del paciente para un posterior acercamiento por parte de éste, en un ambiente de respeto, sin llegar a un trato exagerado de confianza. El terapeuta debe esforzarse en construir una sólida relación con el paciente a partir de los aspectos no psicóticos que siempre están presentes en todo esquizofrénico, con objeto de que el paciente desarrolle gradualmente la sensación de estar trabajando con el terapeuta para conseguir una meta común.

Las intervenciones específicas para este tipo de pacientes, estarán básicamente encaminadas, a proveer significados, denominadas por algunos autores, como Killingmo B. (1989), como intervenciones afirmativas, y agrupan las intervenciones no interpretativas descritas desde marcos teóricos muy diversos en la bibliografía psicoanalítica. Entre ellas la actitud del terapeuta contenedor de las vivencias que el paciente no puede tolerar, como lo exponen autores como Grotstein J (1977) y Kernberg (1984), que el terapeuta debe crear un ambiente que posibilite el sostenimiento del paciente en los momentos en los que el dolor psíquico es particularmente intenso como en el caso de Winnicott e, incluso, que el terapeuta debe actuar como un yo auxiliar del paciente (Gabbard G, 1989).

Otra modalidad de tratamiento con auge desde finales de los setenta es la llamada psicoterapia breve, llamada así porque programa un número limitado de entrevistas, concentrándose en problemas actuales, tocando rara vez la transferencia a menos que sea negativa e interfiera en el curso del tratamiento y que además esté favoreciendo la dependencia y la regresión. En la actualidad se experimenta esta modalidad en pacientes esquizofrénicos.

La terapia cognitivo conductual ofrece otra alternativa de tratamiento de la esquizofrenia. Trabajando en el aquí y ahora, da al paciente nuevas alternativas en su adaptación, buscando que identifique suposiciones o interpretaciones erróneas de su entorno, buscando la validez o invalidez de lo que supone, tratando de cambiar la conducta desadaptada por otra que le permita integrarse con mayor eficacia.

Ya que en la actualidad para el tratamiento del paciente esquizofrénico es imprescindible los neurolépticos, la eficacia de éstos no depende sólo de los efectos farmacológicos del principio activo, sino que depende también de la relación mantenida con el médico y de las propiedades fantaseadas del fármaco, por lo que recobra importancia fundamental dicha relación terapeuta –

paciente, tal y como lo atestiguan autores como Sarwer – Foner (1989) y González de Rivera (1993), entre otros.

C. Psicoterapia de grupo

“La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento en la que personas emocionalmente enfermas que han sido cuidadosamente seleccionadas se colocan dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar un cambio en su personalidad. Por medio de varias maniobras técnicas y constructos teóricos, el líder utiliza las interacciones entre los miembros para conseguir este cambio.” (Kaplan Sadock 1999)

Son varios los tipos de psicoterapia de grupo entre los más importantes se pueden mencionar la terapia de grupo de apoyo, terapia de grupo de orientación analítica, psicoanálisis de grupo, terapia de grupo transaccional y la terapia de grupo comportamental, las cuales tienen objetivos particulares. Sin embargo, la mayoría de los clínicos se inclinan por el marco psicoanalítico.

Un papel importante es el jugado por el terapeuta ya que su personalidad y conducción fungen como agentes de cambio además de introducir variables como empatía, afecto y respeto.

Para la selección de los individuos a grupo, el terapeuta debe hacer una entrevista por lo general de manera individual, que le permita recabar información para colocar a un sujeto en tal o cual grupo o si es candidato para el mismo. El diagnóstico del paciente es importante para saber bajo qué modelo de psicoterapia de grupo se orienta para su atención, evaluando además, su disposición y motivación para el tratamiento, su capacidad de cambio y su estructura de personalidad. En general no existen contraindicaciones para la terapia de grupo a excepción de pacientes con un cuadro delirante y hay

quienes proponen una psicoterapia de grupos para este tipo de pacientes tal es el caso de Irvin D. Yalom (1983).

Un importante punto para la psicoterapia de grupo es su estructuración para un mejor manejo y aprovechamiento de la terapia por parte de todos los miembros del grupo. Entre los puntos a tomar en cuenta son:

- a) El tamaño: que puede ser a partir de tres hasta un máximo de 15, pero la mayoría de los expertos recomiendan un cupo de 8 a 10 integrantes, teniendo como justificación para ello que en un grupo con pocos miembros la interacción es escasa y con grupos grandes la interacción puede ser tanta que sea difícil para el terapeuta y los miembros el seguir.
- b) La frecuencia de las sesiones: que van de una hasta dos veces por semana, pero es importante que sea constante durante el periodo del tratamiento; la duración puede ser de una a dos horas, siendo el tiempo idóneo para la mayoría de los terapeutas la hora y media; sea cual sea el tiempo escogido deberá ser constante para todas las sesiones; en los años 70 fue muy utilizada la sesión prolongada la cual duraba de 12 a 72 horas de forma ininterrumpida, en las que la interacción y la privación del sueño eran factores para bajar ciertas defensas del yo, liberando procesos afectivos y estableciéndose una comunicación menos reservada; sin embargo, no es apta para pacientes esquizofrénicos por su débil estructura.
- c) En cuanto a la homogeneidad o heterogeneidad del grupo, la mayoría de los terapeutas se proclaman por un grupo heterogéneo, tanto en diagnóstico, estrato social y cultural, como en edad y sexo, para una mayor interacción; habiendo quienes prefieren que al menos en el diagnóstico sean

uniformes, sobre todo si se trata de pacientes con estructura psicótica.

Dentro de la psicoterapia de grupo se dan diferentes procesos que favorecen y explican el cambio que se da de manera terapéutica:

- 1) La comprobación de la realidad. Al verbalizar sus ideas, estas quedan bajo el examen del terapeuta y de los demás miembros, dando pruebas de realidad al que verbaliza. El grupo supone un contexto más realista y, por tanto, el paciente se encuentra en una situación de mayor autonomía y de menor dependencia.
- 2) Transferencia: Se observa de distintas formas, como la estimulación donde el individuo se da cuenta de la interacción entre los demás, haciendo emerger sentimientos antes reprimidos o suprimidos. Se pueden dar transferencias múltiples donde se sustituye a diferentes miembros del grupo por personas significativas de situaciones pasadas o actuales, que siendo identificadas ayudan a resolver conflictos hacia una solución funcional. Otro tipo de transferencia es la colectiva y se caracteriza porque un miembro ve a todo el grupo como una figura transferencial; por ejemplo verlo como su madre o su padre, o al terapeuta como una figura, y al resto como a otra. Por lo que el terapeuta debe estar atento y alentar al paciente a ver a cada miembro como individuos, diferenciándolos uno de otros para resolver dicha distorsión. Y por último, la neurosis de transferencia que se da cuando el vínculo transferencial es muy fuerte de parte del paciente con el

terapeuta o con otro paciente; por lo que para resolverlo generalmente se acude a sesiones individuales.

- 3) **Identificación:** en la que los miembros, al buscar nuevas pautas de comportamiento, se identifican con cualidades de los demás, dándose de manera consciente o inconsciente.
- 4) **Universalización:** el paciente que está en un grupo se da cuenta de que no es el único con algún problema o padecimiento.
- 5) **Cohesión:** se refiere al sentido de pertenencia e inclusión dentro del grupo con lealtad y amistad entre los miembros que los llevan a colaborar juntos en la consecución de fines comunes. Este factor es de lo más importante, ya que a mayor cohesión, mayores serán los resultados satisfactorios obtenidos.
- 6) **Presiones del grupo:** el grupo presiona al individuo a cambiar o modificar su conducta; ésto que aparenta ser difícil resultará más favorable si el individuo es susceptible a estas presiones, sobre todo si valora su pertenencia y al grupo en sí, reforzado por la aprobación de los miembros y del terapeuta para el cambio.
- 7) **Intelectualización:** en este proceso el individuo da una explicación a su comportamiento habitual, para lo cual se necesita tener una conciencia cognitiva de uno mismo, de los demás y de experiencias de la vida, los miembros son ayudados para evaluar sus mecanismos de defensa. La interpretación también proporciona al individuo un marco cognitivo que le ayuda a comprender mejor su comportamiento, dicha interpretación puede venir del terapeuta o del grupo.

- 8) Ventilación y catarsis: es importante que estos procesos se den en cualquier grupo, independientemente del marco teórico o de la composición del grupo, vigilando cómo puede tomar ventaja el grupo de las situaciones expresadas, al tiempo en que el paciente suelta intensos sentimientos, lo que produce una sensación de alivio.
- 9) Abreacción: Es de los factores que hay que cuidar puesto que el terapeuta debe ser capaz de manejar las técnicas que lleven a liberar emociones, y de hacerlo en el momento oportuno bajo un ambiente de apoyo del grupo a quien lleven a la abreacción, ya que se liberan y se hace conciencia casi siempre por primera vez, de emociones anteriormente bloqueadas de la conciencia.
- 10) Socialización: Capacidad que da la psicoterapia grupal, debido a lo cual permite controlar mejor la tendencia al aislamiento de los pacientes esquizofrénicos y, por tanto, actuar más eficazmente sobre el deterioro psicosocial de estos pacientes. En la interacción personal el paciente aprende de sus intentos de relacionarse dentro del grupo.
- 11) Aceptación: Sensación de pertenecer al grupo y de ser valorado por los otros miembros, al mismo tiempo se despierta un sentimiento de altruismo al descubrir que él también puede ayudar a los demás miembros del grupo.
- 12) Orientación: El paciente recibe información útil en forma de consejos, sugerencias, explicaciones e instrucciones, de las que el paciente se beneficia posibilitando una autocomprensión donde el paciente aprende algo importante sobre sí mismo, generalmente a través de los feedback de los otros pacientes o de las intervenciones del terapeuta.

Autores como Bloch S y Crouch E. (1985), han señalado en sus estudios que los pacientes esquizofrénicos muestran mayor interés por el tratamiento grupal que por el tratamiento individual, lo que se traduce en un menor número de abandonos del tratamiento.

La psicoterapia de grupo al parecer presenta muchas ventajas, pero requiere de una preparación seria por parte de quienes la quieran practicar, ya que debe tener una clara comprensión de los mecanismos que ayudan a inducir un cambio terapéutico, de los mecanismos que ayudan a un paciente en particular y al grupo en general, de lo contrario no se ayudará en ningún grado o muy poco hasta llegar a una situación de caos.

En esta técnica también se pueden hacer análisis de los sueños con la variante de que las asociaciones son hechas por los demás miembros del grupo, además de las que el propio soñante exprese; este material forma parte de los recursos que el terapeuta utiliza para una mayor comprensión de los procesos psicológicos del que sueña y del grupo en general.

"El individuo es un hecho de la existencia humana en la medida en que entra en comunicaciones vivas con otro individuo".

Martin Buber.

CAPITULO II: UN NUEVO ENFOQUE, EL HOSPITAL DIURNO Y LA ENFERMEDAD MENTAL.

2.1 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DIURNO

El nuevo enfoque sobre la enfermedad mental tiene su precursor en Pinel (1793), quien empieza a quitar las cadenas de los enfermos y determina una orientación de la población de desviados sociales en una sola concepción de enfermos mentales o alienados. El hacerse cargo de los enfermos mentales supuso, en un principio, que eran cuidados de manera autoritaria y en lugares separados, ya que la protección del orden social era un preámbulo indispensable. Estos cerrados manicomios o "casas de locos" llevaron los nombres de "Bicetre", "Charenton", "La Salpetriere", "Saint Anne", por citar los de Francia.

En 1832, un cuadro jurídico vigente, establece que los alienados deben ser protegidos y cuidados, si bien esta protección era efectuada muchas veces en contra de su voluntad.

Los antecedentes del hospital diurno u "hospital sin camas", se encuentran por el año de 1833 en Moscú, en un hospital para pacientes psicóticos, el cual tuvo la necesidad de idear un programa que solucionara la

carencia de camas para atender a la gran población de enfermos. Uno de los pioneros importantes por realizar programas para esta nueva forma de hospitales que apenas se iniciaba fue Dzhagarov, quién en 1937 escribió acerca de su experiencia con 80 pacientes con los que trabajó en un programa en el que la mayor parte se enfocaba a la terapia laboral.

De aquí se propagó la idea de una clínica económica hacia los Estados Unidos, casi por el mismo año.

El primer hospital diurno en el mundo occidental fue desarrollado por D. Ewen Cameron (1954) en el "Allan Memorial Institute of Psychiatry" en Montreal Canadá, donde sólo eran admitidos pacientes voluntarios y donde el reto era buscar nuevas formas de tratamiento que no dependieran de una obligación física, ni de barrotes en las ventanas, o de pabellones cerrados. Los programas incluían tratamiento psicofarmacológico, terapias físicas, enfoques psicosociales para una integración grupal, así como un nuevo concepto en la arquitectura de este nuevo tipo de hospitales. Esta última idea dió origen a la famosa "T" del "Allan Memorial Institute" construido en 1954. Estas ideas ya habían sido expuestas durante una reunión de la "American Psychiatric Association" en Nueva York en 1947. Durante dicha reunión, Cameron mencionó que para la creación de los hospitales psiquiátricos eran importantes las contribuciones de otras ramas de la medicina; sin embargo, lo difícil radicaba en que muchos de los avances funcionaban para hospitales que trataban enfermedades físicas, pero no para el trabajo con una enfermedad mental.

En este sentido Cameron es un gran pionero, ya que también entre sus ideas innovadoras se cuenta el convencimiento de que el enfermo mental no necesita con frecuencia de un cuidado de 24 horas; para lo cual se establece un programa similar a la vida cotidiana, donde el paciente va a tratamiento durante el día, como si fuera al trabajo o a la escuela. Otra idea, cimiento de los

posteriores programas, es que no consideraba esencial la separación del paciente de su medio, sino como miembro de su familia y de la sociedad, por lo que implica que la familia es parte importante del tratamiento. Posterior a estas ideas se introdujeron enfoques psicológicos grupales.

A mediados de los cincuentas, Moll desarrolló un programa de hospital diurno en el "Montreal General Hospital", tomando como bases los planteamientos de Cameron.

Hacia 1949 en la "Clínica Menninger", en Topeka, Kansas, se desarrolló un programa de hospital diurno a partir de los programas de Cameron. Sin embargo, se continuó con "el ambiente terapéutico" como cuando era dirigido el hospital por William C. Menninger en la década de los treinta. El programa de hospital diurno era tomado como una extensión del tratamiento psiquiátrico de los pacientes internos, a los que se les incluían diversas actividades. Los pacientes que no estaban internados, asistían también junto con los internos a las actividades para facilitar, según Meninger, el paso de los internos hacia la vida comunitaria. Incluir a los familiares en las actividades, aunque de manera ocasional, permitía una mayor comprensión del tratamiento y establecía la posibilidad de un mejor retorno del paciente a su hogar.

El primer hospital diurno británico se abrió en 1948. En el año de 1964 en Inglaterra se inauguró el "Marlborough Day Hospital" donde se trabajó en una forma novedosa; Joshua Bierer, encargado del proyecto, desarrolló clubes sociales que tenían como base a la comunidad. El modelo se fue fortaleciendo y permitió el crecimiento del número de enfermos beneficiados.

Un año antes en 1963, en Estados Unidos, era aprobada la "Mental Health Centers Act", donde se acentuaba que todo programa de hospital diurno tenía que ser parte de los centros comunitarios de la salud mental.

Como siempre ha sucedido a lo largo de la historia, y la historia del hospital diurno no podía ser la excepción, surgieron ideas opuestas. De 1950 a 1960 se dio una gran desinstitucionalización en los Estados Unidos, por lo que proliferaron centros comunitarios de salud mental, regidos bajo la creencia de que era posible tratar antes a los pacientes en estos centros y en su propia comunidad, previniendo así su hospitalización, ya que un rasgo fundamental de estos primeros centros fue estar en contra de la hospitalización y en contra de la psiquiatría. En la actualidad muchos hospitales mentales proporcionan cuidados diurnos, dentro del hospital o en centros separados.

Este nuevo modelo de hospitalización diurna, fue recibido muy bien no sólo por pacientes y familiares, sino por los administradores, ya que, como se mencionó anteriormente, esta nueva forma resultaba más económica, puesto que sólo era necesario un turno y no tres, por ejemplo; o se daba una comida y no tres; y se trataba a más gente en menos espacio y tiempo.

La mayoría de los autores, cuando se refieren a hospitalización parcial, refieren un modelo dinámico y activo que puede tomar forma de 1) hospital diurno, 2) un sistema de salud de largo término con estancias cortas en el hospital, o 3) un dispensario u hospital nocturno.

A continuación se mencionan algunos puntos característicos del hospital diurno o parcial:

a) Selección de pacientes:

A lo largo de la historia del hospital parcial diurno, se han ido modificando los criterios de admisión de pacientes, dependiendo del hospital, del lugar, tamaño del hospital, el número y experiencia del personal y el tratamiento

disponible y además de que estén claros los propósitos del hospital diurno por parte del personal.

En ocasiones se excluyó a pacientes que eran alcohólicos, adictos a drogas o que mostraban otras conductas sociopáticas; también a los que tenían conductas suicidas o a los que tenían dificultad de viajar, ya que estos pacientes necesitaban mayor cuidado y el control de la conducta resultaba más difícil. Estudios realizados por Zwerling y Wilder en 1964, han demostrado que los pacientes con psicosis senil o síndromes cerebrales orgánicos no son adecuados candidatos para el tipo de hospitales diurnos, sobre todo porque se trata de daños donde lo psicológico no es causa.

La concepción del rol de la familia dentro de este problema también fue cambiando a lo largo del tiempo; en un principio los familiares sólo se consideraban en términos de la capacidad para cuidar al enfermo por la noche o cuando este no estaba en el hospital y permanecía en casa; y como el medio para transportar al enfermo de la casa al hospital y viceversa. Esto significa que se le dio poca importancia a la influencia de las relaciones familiares en el tratamiento y la acción del hospital parcial sobre éstas. Poco a poco se ha ido modificando esta idea y ahora se considera a la familia como un factor importante para la aceptación o no de un paciente al modelo de hospital; si bien también influyen en esta decisión las políticas nacionales y los patrones de cuidado para el paciente psiquiátrico.

b) Equipo del hospital diurno o parcial

El equipo está formado por psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras psiquiátricas, terapeutas ocupacionales como base principal, sin olvidar la labor que realizan las secretarías y el personal de vigilancia.

Un hospital diurno requiere de un sistema tal que le permita a cualquier miembro del personal tener conocimiento de la situación aquí y ahora, y ser vínculos de comunicación y control. Requiere de la colaboración de todos los miembros del personal formando un verdadero equipo. Por lo que son importantes las reuniones frecuentes, donde se comunica la situación de pacientes y familiares en las actividades y de lo que sucede en el hospital, para dar un eficaz tratamiento y un buen funcionamiento del equipo.

En algunos programas de hospital diurno se realizan reuniones con pacientes, familiares y personal; además, se les da más libertad para opinar acerca de su tratamiento y para estar enterados sobre las políticas del hospital.

c) Duración de la estancia de los pacientes en hospitalización parcial

La duración de la estancia en los hospitales diurnos varía de una institución a otra. Kraft (1964), argumenta que la duración de la estancia depende de las presiones para la admisión, los tipos de pacientes tratados, los métodos de selección, las instalaciones extras disponibles y las fuentes de las que proceden los pacientes.

Muchos hospitales aceptan pacientes que anteriormente estuvieron internados y les dan un periodo de transición de cuidado post-interno. Un hospital parcial puede ser parte de una comunidad clínica de cuidado posterior para pacientes dados de alta de hospitales mentales. Otros alternan internos y pacientes diurnos. En el hospital diurno "Westchester Square" se puede transferir a los pacientes a cuidado interno por una o dos noches, ya sea por su condición que no les permite viajar o porque sus parientes no pueden tratar con ellos (Zwerling and Wilder 1964). Estos hechos muestran que el hospital diurno no es una entidad separada, ya que los pacientes pueden en algún momento necesitar de los cuidados intensivos, por lo que deben tener fácil acceso a las camas del hospital.

2.2 ANTECEDENTES EN MÉXICO.

La época prehispánica es oculta para un estudio sobre el tratamiento de la enfermedad mental; sin embargo, se deduce que al igual que otras enfermedades, era tratada con hierbas y menjerges que se les daba a las personas que sufrían "el mal". Estas personas eran consideradas poseídas por algún espíritu maligno o castigadas por los dioses. Los antecedentes escritos más antiguos que se tienen, y de los cuales se pueden obtener mayor certeza, se encuentran en el *Códice Badiano* y de la *Historia de las Cosas de la Nueva España* de Fray Bernardino de Sahagún y de los escritos e información de los médicos de esa época que se preocuparon por conocer la medicina indígena y la europea enriqueciéndose ambas con sus respectivos aportes. Es importante señalar que muchos de estos médicos trabajaron en el "Colegio de la Santa Cruz" de Tlatelolco.

En el año de 1566 se establece el "Hospital de San Hipólito", para hombres dementes, siendo la primera institución de toda América dedicada al cuidado de los enfermos mentales, fundada por Fray Bernardino Alvarez Herrera, cuya labor no termina ahí, ya que en 1568 funda el "Hospital de la Santa Cruz" para enfermos mentales, ubicado en Oaxtepec Morelos, y también fundando toda una cadena que incluía la Habana, Cuba; Acapulco, Guerrero, San Roque en Puebla, la Concepción en Jalapa, Belén en Guadalajara y San Juan de Ulúa en Veracruz.

Para finales de 1659 y principios de 1660 José Sáyo y su esposa, fundan en su propio domicilio un hogar para enfermas mentales indígenas.

Posteriormente el Arzobispo de México Don Francisco Aguilar y Seijas les presta una casa para que albergaran a 60 pacientes femeninas.

En 1700 la congregación del Divino Salvador funda el hospital del mismo nombre, trasladando a las enfermas del hogar fundado por José Sayago a la calle de Canoa, actualmente calle de Donceles, en el centro de la Ciudad de México.

En el año de 1821 fueron suprimidas las ordenes hospitalarias por decreto de las cortes españolas, pasando a manos del Ayuntamiento; sin embargo, continuaron al frente del cuidado de los enfermos los religiosos exclaustrados. Dicha situación se prolongó hasta el año de 1843, cuando quedaron bajo el control del gobierno independiente.

Se inician cambios en el año de 1847 cuando el gobernador del Distrito Federal, el señor Viegra, publicó en un informe la prohibición del uso de cadenas para asegurar a los enfermos mentales; de esta forma se abre paso a los médicos y se inicia el uso de tratamientos derivados de las técnicas de Pinel y Esquirol. Estos ajustes originaron hechos importantes según un documento fechado en el año de 1851 y elaborado en el "Hospital del Divino Salvador", donde se da testimonio de la necesidad de trasladar a los alienados fuera de la ciudad y de realizar cambios, además de clasificarlos según sus enfermedades y colocarlos en diferentes habitaciones según la clasificación elaborada previamente. Se informa también que se destinan salas para la elaboración de trabajos manuales y de proveer de agua suficiente para las sesiones de hidroterapia y procurar mantener amplios jardines.

En el "Hospital de San Hipólito" ya se clasificaba a los internos como maníacos, epilépticos, dementes o imbéciles. Estos hospitales nunca fueron subsidiados generosamente por los hospitales especiales, por lo que las dificultades aumentaban considerablemente, debido también a los problemas económicos del país, ya que se atendían asuntos inmediatos como las invasiones extranjeras.

Pese a esto, los hombres de ciencia mexicanos entregados y comprometidos con su profesión, buscaron alternativas de tratamiento en las obras que llegaban de Europa, principalmente los trabajos de Charcot, Bernheim, Schule, Tuke y Gheel entre otros.

Es importante mencionar que en esa época (1851) se creía que el paciente debía de permanecer internado en un hospital, aislado de la sociedad, ya que el padecimiento era engendrado en el seno de la familia por lo que los tratamientos eran aplicados en el ámbito adecuado después de un análisis del individuo.

Pese a que no se modificaba la mentalidad de los médicos de esa época sobre la forma de asistencia a los enfermos de tipo carcelario, poco a poco se hacían mejoras en las condiciones y terapias.

Durante los años de 1876 y 1887 se inicia el uso de cuestionarios para el registro de los casos clínicos de los pacientes del "Hospital del Divino Salvador", ya que anteriormente el único registro con el que se contaba era de tipo administrativo, y este no aportaba mayor información sobre el padecimiento del paciente o de la forma en que se comportaba.

1877 es un año de gran importancia: los hospitales pasan a manos de la recién creada Dirección de Beneficencia Pública, ya que antes de ese hecho sobrevivían con grandes dificultades, sobre todo por las guerras que tuvieron lugar durante ese siglo en México. En ese mismo año, debido a que ya se contaba con el terreno de la "Castañeda" donado por la familia del mismo nombre, se le pide al Ministerio de Justicia y Gobernación Pública los planos que Miguel Alvarado había elaborado para un hospital y el presupuesto para realizarlo, pero no fue sino hasta el año de 1905 que se comienzan las obras públicas para conmemorar el centenario de la independencia, cuando se lleva a

cabo la construcción del Manicomio General inaugurándose el 1 de septiembre de 1910. Fue planeado para asistir a 1000 enfermos como máximo; pero como había mucha demanda y pocos hospitales llegó a albergar a 3500 pacientes. Debido a esta situación y a la falta de asistencia, mantenimientos, y cuidados, se convierte en algo obsoleto. Además el concepto de psiquiatría no había cambiado mucho ya que la información sobre investigaciones y nuevas formas de tratamiento principalmente realizadas en Europa, llegaban tardíamente, por lo que los médicos mexicanos optan por realizar sus propias investigaciones.

Fueron los cambios sociales generados por la Revolución Mexicana los que produjeron búsquedas de otros tratamientos y la fundación de asociaciones de profesionales especializados para discutir nuevas teorías y sus aplicaciones. Ejemplo de ello es el doctor Eladio Gutiérrez quien unificó los criterios para el diagnóstico, proponiendo para ello el uso de la clasificación de Tonzi. Él mismo participa en la fundación de la "Sociedad de Psiquiatría y Psicología", completando esta labor los doctores Manuel Guevara Oropeza, y Leopoldo Salazar Viniegra, quienes junto con otros galenos, fundaron la "Sociedad para estudios de Neurología y Psiquiatría".

Entre 1960 y 1964 debido al éxito de la Granja de León se construyeron seis hospitales – granja, distribuidos en diferentes regiones del país; sin embargo, pronto mostraron sus limitaciones: su diseño resultó caduco para atender en forma digna a los pacientes, el personal era insuficiente y el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.

En México, el Dr. Héctor M. Cabildo escribe en 1963, con relación a los nuevos métodos de hospitalización diurna llegados principalmente de Estados Unidos, y que vislumbraba como la salvación ante la saturación de la Castañeda:

"...para las personas que requieren menor tiempo de manejo pero que no ameritan internamiento se inicia el denominado hospital de día, en el cual, el paciente llega ... (al hospital de la Castañeda) ... desde temprana hora, come ... y se retira por la tarde. Esta modalidad tiene la enorme ventaja de no desconectar al paciente de su familia ni de la comunidad; además reduce considerablemente los costos de la atención..."

Sin embargo, el modelo exigía equipo humano preparado en esta modalidad, equipo médico e infraestructura con la que no se contaba, por lo que el hospital diurno no se pudo poner en marcha.

En 1965 se propone el cierre de "La Castañeda" por su obsoleta funcionalidad y su insuficiencia para atender dignamente a los pacientes.

Pero un hospital no sería suficiente para la creciente demanda, por lo que se proyecta una cadena de unidades con funciones específicas. Estas unidades propuestas incluían: el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" con 600 camas para enfermos mentales agudos; el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro" con 200 camas; el Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" en Tlahuac con 519 camas; el Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" con 495 camas en el Batán Puebla; el Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nieto" con 524 camas; el Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza" en Pachuca, Hidalgo con 620 camas para enfermos crónicos no recuperables.

El Hospital "Fray Bernardino Álvarez" sería la cabeza de todos los demás hospitales psiquiátricos, canalizando a los pacientes de acuerdo con el padecimiento y al tipo de atención requerida por el enfermo. El hospital fue inaugurado en 9 de mayo de 1967, arrancando en forma el 22 de junio del mismo año y quedando como director el Dr. Mario Fuentes Delgado y como subdirector el Dr. Javier Garcíadiego Madrid.

El objetivo de la nueva institución, influido por el enfoque de la psiquiatría moderna, era el brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no estuviese bajo la protección de otro sistema de salud (IMSS, ISSSTE, etc.), dando preferencia a personas con bajos recursos.

Sus funciones básicas: la prevención de las enfermedades mentales, el diagnóstico y el tratamiento de las mismas, la rehabilitación de los pacientes, la enseñanza y la investigación.

Después de regirse por casi veinte años por los mismos principios, surge la necesidad de un cambio; llega entonces el Dr. Carlos Castañeda González como director del hospital, dicho cargo lo desempeñará desde enero de 1986 hasta marzo de 1997, llevando a cabo una reestructuración a todos los niveles.

En 1992 se construye un anexo del edificio principal con dos niveles, la planta baja se destina para consulta externa con 16 consultorios, de psiquiatría, psicología y de trabajo social. En el segundo nivel se instalan los servicios de Hospital Parcial, Psiquiatría Comunitaria y Rehabilitación. Psiquiatría Comunitaria daría un esfuerzo para vincular al hospital con la comunidad para prevenir, tratar y dar seguimiento a las enfermedades mentales. Dentro de este módulo se crean nuevos servicios: Hospital de Fin de Semana, Psiquiatría Comunitaria, Terapia Ocupacional y Rehabilitación.

2.3 MODELO DE HOSPITAL PARCIAL DE FIN DE SEMANA DEL "HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

Actualmente los tratamientos combinados de la esquizofrenia no son, como en la década anterior, el resultado de planteamientos eclécticos o pragmáticos, sino la consecuencia de un importante esfuerzo de reflexión centrado en la elaboración de un modelo teórico de los trastornos

esquizofrénicos, en el que se toman en consideración varios aspectos que permiten comprender mejor estos trastornos. Por ejemplo, los biológicos (especialmente, los factores genéticos responsables de la fragilidad de los receptores dopaminérgicos), psicológicos (entre otros, los mecanismos que el sujeto utiliza para hacer frente a la angustia) y sociológicos (básicamente, factores estresantes, acontecimientos vitales y grado de apoyo psicosocial), existentes en torno a la esquizofrenia; de esta manera se posibilita su utilización coherente en el seno de una práctica orientada teóricamente, cuya concreción la constituyen los actuales tratamientos combinados o tratamientos integrados. El Hospital Parcial de Fin de Semana se presenta, entonces, como un modelo de tratamiento integrado. He aquí las razones.

Como se mencionó con anterioridad, el modelo de hospital diurno así como su modalidad de hospital parcial, difiere de un lugar a otro, dependiendo de las necesidades, características y recursos materiales y humanos con los que cuente determinada entidad, es así que el hospital parcial es diferente en Italia que en Estados Unidos, México o Rusia.

En México, dentro del Hospital "Fray Bernardino Álvarez", es concebido el Hospital Parcial en 1979, buscando menguar la hospitalización continua y ser el puente entre el paciente recién egresado y la comunidad a la que se integraba, evitar el deterioro y proporcionar una rehabilitación lo más amplia posible, además de contemplar la educación a la familia en cuanto a la enfermedad mental. Pasarían trece años desde que en 1966 el Dr. Garciadiego, dijera que en el futuro hospital Fray Bernardino Álvarez, existiría una nueva modalidad terapéutica en México llamada hospitalización parcial.

En sus comienzos, los trabajos eran de organización, supervisión y evaluación de las actividades ocupacionales y socio-recreativas con pacientes internados; posteriormente se incluían actividades médicas y paramédicas con pacientes ambulatorios.

Al principio, el servicio de hospital parcial compartía espacios con terapia ocupacional por lo que se complicaba su labor, además de que el programa tenía poca difusión y se tenían pocos conocimientos de las bondades y resultados de la hospitalización parcial, por lo que fue relegado y minimizado su uso, encontrándose con tres problemas principales: 1.- Resistencia al cambio dentro del área administrativa, 2.- Obstaculización para el reentrenamiento de personal y 3.- Dudas por el establecimiento de nuevas políticas y procedimientos.

En los ochenta y al comienzo de los noventa los programas se ubicaban en el campo de la rehabilitación y la terapia ocupacional.

En el informe elaborado en octubre de 1983, por el "Hospital Parcial" del "Hospital Fray Bernardino Álvarez", para la Dirección General de Salud Mental de la S.S.A., se lee en la introducción realizada por el Dr. Rozenknopf, Barroso y colaboradores, lo siguiente:

"El modelo es una instancia de acción intermedia que va del hospital tradicional a la comunidad; plantea la necesidad de un trabajo en equipo, que permita ofrecer a los usuarios una terapia sostenida y orientada a mantener y acrecentar los avances logrados durante su internamiento, buscando a la vez su reincorporación paulatina a la vida comunitaria".

De acuerdo con lo expresado, simultáneamente a la atención de los pacientes, el trabajo con las familias adquiere especial importancia a fin de que, éstas, comprendan la problemática del enfermo y modifiquen conductas. El equipo de salud mental, piedra angular en este modelo de atención, debe representar una pluralidad de recursos encaminados a lograr la rehabilitación del paciente en las áreas biológica, social y psicológica, promoviendo el desarrollo de las capacidades residuales en su personalidad, para que el propio

paciente sea capaz de aprovechar la mejoría lograda, en el sentido de conseguir, hasta donde se posible, un vida satisfactoria.”

El Hospital Parcial de Fin de Semana nace en 1991, iniciando su trabajo con pacientes egresados de Hospital de Día (es una modalidad de Hospital Parcial que da su atención de lunes a viernes), brindándoles psicoterapia grupal, la cual se daba de forma incipiente y casi empírica debido a que no se contaba con suficiente personal capacitado en esta área; los pacientes asistían también a talleres de terapia ocupacional y consulta psiquiátrica. Los criterios de inclusión eran muy laxos y se iban modificando de acuerdo a la experiencia, por lo que al principio aceptaba a todos los pacientes referidos sin ninguna clasificación nosográfica, ni psicopatológica, buscándose cubrir con requerimientos de tratamiento elementales, como el control de síntomas positivos o que el paciente realizara alguna tarea en los talleres.

Durante ese tiempo se hacía un intento de seguimiento de los pacientes del Servicio de Día, para lo que colaboraban psicólogos, psiquiatras y maestros de terapia ocupacional. En 1993 surge el Hospital Parcial de Fin de Semana no como un programa de seguimiento, sino como un servicio de atención integral.

Se fundamentaron teóricamente las actividades y se realizaron contemplando además las necesidades de los pacientes admitidos, por lo que se plantearon y definieron nuevos criterios de inclusión, haciéndose más restrictivos.

El servicio continúa modificándose y se propone crear niveles de tratamiento de acuerdo a las condiciones de cada paciente al ingreso del servicio y a los beneficios reportados en la literatura sobre grupos cerrados; sin embargo, en 1995 la demanda de atención se incrementa y se toma la decisión de dejar el primer nivel como de recepción en grupos abiertos e iniciar el control

sintomatológico, sensibilizando al paciente y a la familia sobre su necesaria participación y compromiso en el proceso de recuperación.

Es así como el servicio ha ido evolucionando de algo emergente y lúdico, con actividades sin organización ni fundamento, a un modelo donde se integran aspectos rehabilitatorios, diagnósticos realizados por especialistas de acuerdo a lineamientos ya estipulados sobre todo por el CIE 10 y el DSM IV que permiten dar un tratamiento adecuado.

Para 1996 se continúa con el manejo por niveles. Pero la rápida evolución del modelo exige al personal mayor capacitación, para un mejor manejo y planeación de las actividades, por lo que se realizan cursos a cargo de un especialista en la materia, por ejemplo en sociodrama, manejo familiar y manejo grupal.

Dentro de los nuevos objetivos de 1996 se planteó el trabajo en la separación y autosuficiencia por parte de los pacientes, meta difícil si se considera la patología con la que se trabaja, por lo que es necesario crear un vínculo terapéutico que sea fructífero tanto con pacientes como con familiares.

En la primera mitad de 1997 nuevamente el modelo sufre modificaciones estableciéndose cuatro niveles, de los cuales el último considerado como nivel de transición, en donde el paciente trabaja en forma grupal su despedida del servicio y visualizándolo como una alternativa para regresar cuando sea necesario, además de obtener mayor confianza para reintegrarse a la sociedad de manera productiva.

A partir de la segunda mitad de 1996 el programa de fin de semana del hospital Fray Bernardino Álvarez, brinda un servicio al paciente psicótico y a su familia a través de técnicas de diversas disciplinas abordando las tres esferas

conocidas e importantes para un estudio integral del individuo que son la esfera biológica, psicológica y social.

Son varias las directrices que guían el trabajo en la consecución de los objetivos y del cometido de brindar el servicio de una manera integral y con resultados alentadores para el paciente y su familia, de las que destacan: trabajo para la continuidad del tratamiento, manejo grupal en el trabajo terapéutico y rehabilitatorio, así como el uso de la ergoterapia y actividades recreativas, creación de un medio terapéutico, se busca el involucramiento de la familia y la psicofarmacoterapia como instrumento para el control sintomático que facilite la integración y el trabajo en las actividades del servicio.

Los objetivos a conseguir pueden resultar ambiciosos, pero no se debe escatimar cuando se trata de un bien para el ser humano, sin perder la dimensión del trabajo reconociendo alcances y limitaciones, por lo que se parte de un objetivo general que es proporcionar atención integral a pacientes con problemas de tipo psicótico (con preferencia a esquizofrénicos), con el fin de disminuir recaídas y reingresos; favorecer e incrementar el nivel de conciencia de la enfermedad y adherencia terapéutica; lograr un control sintomático y disminuir el abandono y la deserción del tratamiento dentro de la modalidad de Hospital Parcial.

Como objetivos específicos del modelo están:

1. Establecer diagnósticos psiquiátricos precisos, incluidos en las clasificaciones internacionales oficiales (CIE-10).
2. Proporcionar tratamiento farmacológico individualizado.
3. Brindar tratamiento psicológico y psicoterapéutico a través de actividades individuales y grupales.
4. Promover la rehabilitación integral (Bio-Psico-Social) del paciente psicótico hasta donde sus posibilidades lo permitan.

5. Incidir en la mejoría de la calidad de vida tanto en el paciente como en su familia.
6. Sensibilizar a la familia para favorecer la reinserción del paciente al núcleo familiar y social.
7. Promover un cambio de actitud en la familia, hacia el enfermo mental.
8. Realizar actividades de fortalecimiento a la calidad de la atención.

En el modelo se proponen tres ejes de abordaje que son: el individual, el grupal y el familiar, necesarios para la consecución de los objetivos antes planteados.

En primera instancia es necesaria una selección mediante una valoración clínica de los enfermos y familiares para saber si se incluyen o no al programa, por lo que primeramente son recibidos en una instancia grupal, en la que se expone de manera clara y breve la forma de tratamiento del servicio de hospital parcial de fin de semana, tratando de sensibilizar y engancharlos para el ingreso. Es este primer momento de evaluación que permite observar el grado de agrupabilidad con el que cuentan ya que para el modelo de hospital este aspecto es de suma importancia por la naturaleza misma de las actividades; se observan también la tolerancia a la frustración, la condición psicopatológica, el interés, la conciencia de su problemática y la disponibilidad para acudir al servicio. Posteriormente se realizan entrevistas individuales tanto a pacientes como a familiares para visualizar la situación clínica global, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión

- Pacientes con psicosis activa o en remisión que presenten un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente para poder desempeñarse en actividades que demanden atención permanente, interacción en grupo y posibilidad de aprendizaje.

- Pacientes que cuenten con un soporte familiar o comunitario que posibilite la contención.
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 65, hombres y mujeres.
- Pacientes a quienes se pueda atender ambulatoriamente (que no ameriten manejo de hospitalización continua como en el riesgo suicida, agresión heterodirigida, negación a aceptar cualquier tipo de tratamiento, etc.).
- Pacientes cuyo ingreso al servicio sea voluntario al igual que de su familiar responsable, aceptando participar en las actividades programadas.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que, debido a su padecimiento, presenten agresividad extrema, riesgo suicida o dificultades en sus relaciones interpersonales.
- Pacientes en estado de confusión mental. Intoxicados o con retardo mental moderado y profundo o proceso demencial equiparable.
- Pacientes cuya situación o estado médico imposibilite su funcionamiento dentro del servicio (alteraciones metabólicas, impedimento físico importante).
- Pacientes que cuenten con un familiar atendido en el servicio simultáneamente o con un trastorno de personalidad cuya estructuración o la falta de ésta le impida establecer vínculos terapéuticos, compromisos y responsabilidades en sus actos (marcados rasgos de personalidad sociopática o trastorno de personalidad antisocial o border-line).

Además de estos criterios se aplican pruebas clinimétricas y psicológicas: como la escala breve de apreciación psicopatológica (BPRS) y el test de análisis del fortalecimiento del Yo de Bellack para el paciente y el test de actitud hacia la enfermedad mental para los familiares.

Es importante señalar que estas evaluaciones son realizadas semestralmente a todos los pacientes del servicio por el mismo equipo, hasta el

momento de su egreso ayudando a tener un seguimiento objetivo de la evolución y estado del paciente.

Los aspectos antes mencionados permiten tener parámetros de referencia para decidir sobre las actividades en las que participarán el paciente y los familiares.

Posteriormente se pactan los objetivos con paciente y familiar para lo que tienen una sesión de inducción al modelo en la que se les explica las características de manejo en el servicio. Es así como se le recibe, se evalúa y se deriva al plan terapéutico según lo evaluado.

En el eje Individual el paciente es asistido por un equipo interdisciplinario, en el que se designa a un terapeuta responsable de la terapia individual (ATI) durante el tiempo que permanezca el paciente en el servicio, trabajando sobre la conciencia de la enfermedad, fortalecimiento de la alianza terapéutica (enganche) y procurando un apoyo para que el paciente trabaje lo mejor posible de acuerdo a sus capacidades. El terapeuta lleva, también, el control del tratamiento psicofarmacológico, además de ser el responsable de tener el expediente clínico al día, no sólo con la información dentro del consultorio, sino también con la información de los demás miembros del equipo en las diferentes actividades llevadas por el paciente, por lo que los responsables de las actividades deberán a su vez tener al día las crónicas de las sesiones con la descripción de lo sucedido, contribuyendo a unir lo individual y lo grupal.

En el eje grupal es importante el manejo de la psicoterapia breve grupal (PBG) como núcleo organizador del dispositivo grupal, y también porque se obtienen logros y beneficios como: la optimización de recursos del servicio; la apertura al trabajo interdisciplinario; la facilidad para trabajar partes sanas; la focalización del problema, trabajando más rápido y con mejor pronóstico sobre todo con pacientes psicóticos, además que esto permite encontrar un continuo

entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo consciente y lo inconsciente, ayudando a comprender las relaciones entre lo biológico, social y familiar en la vida del paciente; la concientización del paciente y la familia sobre la enfermedad; la posibilidad de la adherencia al tratamiento mediante procesos como la cohesión, identificación, catarsis, lo que a su vez permite un trabajo y experiencia presocializadora, donde se brinda a los terapeutas un sistema para la observación de las dinámicas interpersonales y manejo de roles.

El trabajo de la PBG es fortalecido por el sociodrama y los talleres, y reforzada por los eventos sociales y culturales que organiza el servicio para los pacientes y familiares. Con la Psicoterapia de Grupo a Tiempo Limitado a ciclo de dos años, se aplica un modelo proveniente de la PBG de corte analítico, con lo que se busca una experiencia YOICA, reforzadora de partes sanas; no regresivante, directiva, flexible, donde los terapeutas se ofrecen como modelo de rol, compartiendo el liderazgo con el grupo; además se fortalece la conciencia de enfermedad, y el trabajo en grupo proporciona un espacio para trabajar las angustias primitivas que caracterizan la enfermedad, ayudando al paciente a distinguir el afuera del adentro con el grupo que le da el sostén para evaluar el aquí y ahora, sus síntomas y la realidad. Lo que se pretende lograr es que al término de la experiencia el paciente sea más consciente de su patología, capaz de distinguir los factores externos involucrados en la presentación de sus recaídas lidiando con dichos factores o saber cuando pedir ayuda, haciéndose responsable de su tratamiento y por consiguiente disminuir el riesgo de una recaída o una larga estancia en hospitalización, manteniendo al paciente dentro de la comunidad lo más productivamente posible.

El sociodrama es una actividad grupal que encuentra sus fundamentos en los trabajos de Moreno, Bustos, Martínez Bouquet, Rojas y otros. Dicha actividad ayuda a reforzar la cohesión grupal, permitiendo la dramatización de problemas en el aquí y ahora, manejando sus posibilidades yoicas, mediante la búsqueda de soluciones viables, aprovechando la creatividad del paciente,

adoptando roles más sanos, rompiendo con estereotipos frecuentes en los pacientes psicóticos, haciéndose más consciente de su circunstancia y teniendo una participación más certera en su ambiente. Las actividades sociodramáticas ayudan a una espontaneidad que sirve de base en un reaprendizaje emocional y el esclarecimiento de situaciones transferenciales en el presente afectivo del paciente, entre otros.

A través del dispositivo grupal, el encuadre y límites se trabaja en el control de impulsos y la prodividad a las alteraciones conductuales abigarradas.

En la actividad se trabaja con el modelo tradicional sociodramático:

Caldeamiento: como preparación para la dramatización, en el que se propone una actividad que sirva para igualar, en los miembros del grupo, las emociones con las que se llega y que es indispensable para llevar al paciente a un trabajo con provecho, descentrándolo de su problemática para evitar protagonismos, y rigidez en los roles dentro de otras conductas.

Dramatización: se realiza la selección de un tema a nivel grupal; es decir, que la mayoría esté de acuerdo. Se eligen los personajes y se realiza la representación.

Compartimiento: Generalmente de una hora y media, es el momento de los comentarios y reflexiones por parte de todo el grupo, donde se obtiene el provecho de la sesión.

Los talleres con los que cuenta el servicio son dibujo y teatro considerados como campos en los que se observan funciones cognitivas, coordinación visomotora, atención, concentración, memoria, creatividad; ayudando al paciente en la rehabilitación de sus partes sanas, que le permiten establecer límites, contacto con la realidad, interacción con el medio. Además de que la actividad contribuye a la cohesión grupal y socialización, mejora las funciones mentales alteradas, refuerza las áreas libres de conflicto o áreas

sanas del yo, promueve la creatividad, espontaneidad y eleva la autoestima y fortalece la Imagen del esquema corporal.

El eje familiar, al igual que los anteriores, se reviste de una gran importancia el tratamiento integral del enfermo psicótico. Sin embargo, es sabido que en este tipo de familias se encuentran grandes conflictos por lo que su manejo tiene como objetivos principales promover un cambio de actitud hacia la enfermedad mental, ya que en la mayoría de las familias existen tabúes, mitos y miedos hacia la enfermedad; promover una experiencia psicoeducativa y facilitar la reinserción del paciente a la familia.

Para alcanzar los objetivos se ha elaborado un programa con las siguientes actividades: Orientación, Reflexión y Dinámicas Grupales.

En Orientación a Familias se ha organizado un ciclo de 25 conferencias de una hora y media con objetivos específicos que son:

- Proporcionar información respecto a la enfermedad mental, el individuo, la familia y su desarrollo e interacción.
- Promover el conocimiento y comprensión de la dinámica familiar y la enfermedad mental.
- Aclarar dudas, prejuicios y creencias sobre la enfermedad mental.

En reflexión se maneja al igual que la anterior en tres ciclos de seis meses y con sesiones de hora y media, en las que se busca que la familia cuestione y analice a la luz de su experiencia la información obtenida en Orientación, sin llegar a una cuestión de análisis terapéutico sino meramente catártico que el grupo pueda fomentar, compartiendo experiencias, definiendo problemas y proponiendo soluciones y alternativas de cambio. Para lo anterior es necesaria la presencia de dos terapeutas que conduzcan a los anteriores objetivos y que los acompañarán en el ciclo.

En consecución están las Dinámicas Grupales, donde se pretende elaborar tensiones, vivenciar problemas relativos a la enfermedad mental, clarificar pautas de comportamiento del paciente y características de la dinámica familiar, con todo un fundamento de la Terapia Familiar, del Sociodrama y de la Psicología. Son implementados ejercicios ayudando a la familia a sensibilizarse y ponerse incluso en el lugar del paciente, revisándose en forma dramática o escénica sus formas de comunicación, estilos de relación y formas de solución de problemas, elaborando así, desde otro contexto, sus componentes de una familia con un miembro doliente de enfermedad mental.

Al final de este programa se plantea una instancia terapéutica llamada grupo de transición que funciona como eslabón entre la finalización del tratamiento, el servicio hospitalario y su reinserción en la sociedad y en su vida cotidiana, desarrollando en el grupo estrategias con una mayor claridad de su enfermedad, síntomas y con mayor aprovechamiento de las condiciones de contención, y fortalecimiento adquiridas a través del programa. Se consideran dos grupos abiertos uno en sábados y otro en domingo, no mayores de 10 pacientes, con sesiones semanales de hora y media los cuales no tendrán otra actividad extra dentro del servicio.

Los objetivos y tareas requieren de una revisión y preparación constante del personal que trabaja y hace posible la marcha del modelo, por lo que también tienen actividades con la finalidad de realizar un intercambio interdisciplinario, supervisar y evaluar las actividades del servicio, analizar el marco teórico y técnico del Modelo de atención, para lo cual se realizan:

a) La Postarea, en la que se integra el equipo en su conjunto desde la secretaria hasta el jefe de servicio el cual coordina esta actividad. Es un espacio de catársis, análisis reflexión y propuesta de lo ocurrido en el día. Se revisan los

problemas, aspectos particulares de algunos pacientes o familiares o actividades y generales del servicio.

b) Sesiones clínicas para el servicio en donde se presentan casos clínicos, con los que se revisa literatura, se discuten habilidades diagnósticas de los equipos (diagnóstico psiquiátrico, familiar, psicodinámico), se proponen planes terapéuticos, fomentándose la discusión y llevando a un enriquecimiento de los equipos. Estas sesiones son realizadas semanalmente los domingos, y con un calendario de participación dado con anterioridad al personal.

c) Siguiendo con las sesiones de casos el servicio también participa en la presentación de casos para el personal del hospital, haciéndoles conocer a los demás colaboradores que no están dentro del servicio de hospital parcial de fin de semana la forma de manejo y resultados obtenidos mediante un caso, ayudando a la difusión, aceptación y colaboración con el Programa.

d) Sesiones de supervisión de psicoterapia grupal en las que se revisan aspectos teóricos técnicos por parte de las parejas terapéuticas encargadas de los grupos de psicoterapia, resaltando el rigor de las pautas del modelo de trabajo, el seguimiento del proceso, el trabajo sobre los objetivos pactados, manejo de encuadre, conciencia de enfermedad y búsqueda de vías de adaptación adquirida por los miembros de los grupos. Estas supervisiones se realizan quincenalmente.

e) Otra supervisión se realiza a las actividades expresivas libres, como la de talleres y sociodrama, desarrollando la técnica y dominio de aspectos teóricos. Dicha actividad se efectúa quincenalmente. Además, se lleva un reporte particular de cada paciente para integrarlo al expediente clínico.

d) La revisión de expedientes es de suma importancia ya que es el registro del padecimiento del paciente, por lo que se revisa que las notas estén al día; esto ayuda a una información clínica de cada caso de forma actual, enfatizando en estas notas la participación de la familia en las diversas actividades con ellos. Estas revisiones se realizan semanalmente.

e) Además se realizan seminarios de psicopatología y de psicoterapia y psicoanálisis de grupos una vez por semana con duración de hora y media a dos, fomentando la mayor preparación del personal.

El tiempo de duración del programa esta fijado por 45 fines de semana de los cuales se descuentan para eventos sociorecreativos dando un total de 42 fines de semana, es decir 84 días de trabajo, en un horario de 8 hrs. a 20 hrs. para el personal y de 8 hrs. a 13 hrs. para familiares y pacientes.

Al término de las sesiones del programa se realizan evaluaciones, para el seguimiento de la evolución de los pacientes, incluyendo a los integrados en la psicoterapia grupal a pesar de que esta actividad este contemplada a 90 sesiones. El resultado de la evaluación determina si los pacientes se canalizan a otras actividades o permanecen en las mismas, si se egresa o no, o si se deriva a Consulta Externa o a otras instituciones para continuar su tratamiento.

En los momentos actuales, los tratamientos combinados de la esquizofrenia son la consecuencia de un importante esfuerzo teorizador centrado en la elaboración a priori de un modelo teórico de los trastornos esquizofrénicos en el que se toman en consideración los diferentes niveles en que acontecen, así como las relaciones existentes entre los mismos. Estos modelos teóricos pretenden unificar, ubicándolos con corrección en el nivel epistemológico al que pertenecen, los múltiples conocimientos biológicos, psicológicos y sociológicos, que existen en torno a la esquizofrenia, posibilitando su utilización coherente en el seno de una práctica orientada teóricamente, cuya concreción la constituyen los actuales tratamientos combinados o tratamientos integrados.

*"Conócete pues a ti mismo;
a Dios medir no has de osar;
Estudio propio del hombre
es al hombre escudriñar."*

Alexander Pope. s X VII. Ensayo sobre el Hombre.

CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para el estudio fueron la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) y el test para la evaluación de las funciones del Yo (EFY). Dentro del modelo del hospital se pueden aplicar otras pruebas, sin embargo, son estas dos las que se utilizan de manera protocolar por su rápido manejo y por dar un panorama inmediato del estado del paciente, a continuación se hace una descripción de cada una de ellas.

3.1 ESCALA BREVE DE APRECIACIÓN PSIQUIÁTRICA (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Es un inventario de la psicopatología global. El grupo de síntomas positivos de la BPRS (desorganización conceptual, conducta alucinatoria, desconfianza y contenido del pensamiento inusual) se considera un subconjunto particularmente útil para evaluar a los pacientes con psicosis esquizofrénica activa. El grupo de síntomas negativos de la BPRS se emplea para medir los síntomas negativos (embotamiento afectivo, retraimiento emocional y retardo motor) asociados comúnmente con la esquizofrenia.

La escala está compuesta por dieciocho reactivos. El entrevistador a cargo debe estar capacitado para ello, con técnica de la entrevista a pacientes psiquiátricos, sabiendo los síntomas característicos de la enfermedad y su manifestación, evaluando la presencia y severidad de cada uno de ellos.

basándose en el juicio formado durante la entrevista. En el caso de quien presenta esta investigación, antes de realizar dicho estudio, contaba con los elementos de la técnica de la entrevista y estudios de psicopatología dados en la carrera, que facilitaron el desarrollo de la habilidad en el trato con pacientes psiquiátricos adquirida durante casi un año y medio antes del estudio, sin embargo, la mayoría de la aplicación de esta prueba esta a cargo de los psiquiatras, debido a que son ellos los que se encargan de evaluar los síntomas para el control farmacológico, además de tener más experiencia en la labor clínica psiquiátrica requerida para este instrumento.

La escala cuenta con reactivos que deberán ser evaluados dependiendo de la condición del paciente durante los tres días anteriores al momento de la entrevista, estos son:

Número de reactivo	Aspecto a evaluar
2	Ansiedad psíquica
10	Hostilidad
11	Suspacia
12	Conducta alucinatoria
15	Contenido extraño del pensamiento
16	Afecto aplanado o inapropiado

Si existe alguna duda el entrevistador debe solicitar información de parte del personal de enfermería o de los familiares. Para mayor información sobre la BPRS

consulte a Overal J.E and Gorham 1962 Psychological Reports

3.2 TEST PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO

Resulta de importancia para el servicio de hospital parcial y con características de inclusión definidas, el establecer un diagnóstico confiable. El

medio más utilizado sobre todo por los psiquiatras es el examen mental; indiscutiblemente importante pero que tiene un margen de subjetividad que resulta difícil de controlar; por ello muchos psicólogos prefieren el uso de pruebas ya que con la confianza de su construcción dan una confiabilidad y validez primaria. Es así como Leopold Bellak (1952), preocupado por crear un instrumento que diera más certeza en el diagnóstico y sobre todo que permitiera diferenciar tipos de esquizofrenias y de sujetos que no se situaran en este rango, comienza a definir las funciones del yo en términos operacionales. Recurre, para ello, al análisis de subpruebas como en el caso de la prueba de Inteligencia Wechsler Bellevue (WAIS), mismas que le permiten establecer una especie de cociente de las funciones del yo.

Posteriormente Bellak y su colega Rosenberg, en 1966, y más tarde con Hurvich y Gediman (1973), crean la "Escala Global de la Fuerza del Yo" (EFY), trabajo en el que se basó para su proyecto posterior en el que, junto con otros colegas, seleccionó 12 funciones del yo en el contexto de un estudio sobre las funciones de yo en individuos esquizofrénicos, neuróticos y de funcionamiento normal. La EFY es un examen del estado mental con confiabilidad interjueces y validez de constructo, fundado en matriz de las hipótesis psicoanalíticas básicas.

Es importante señalar que el doctor Bellak es psicoanalista con interés en las teorías del Yo, por lo que su trabajo se basa en lo anterior con la mira de "construir un puente entre lo psicodinámico y lo descriptivo-operacional, lo conceptual y lo clínico" (Bellak 1988).

La evaluación de las funciones del yo está basada en definiciones operacionales del yo, por lo que los principios son manejados por psicólogos y psiquiatras, ya que forma un consenso entre la psiquiatría dinámica, la descriptiva y entre las diferentes escuelas psicológicas. Ahora, las definiciones que forman la EFY constituyen un marco conceptual del constructo

psicoanalítico del yo, por lo que puede ser de gran ayuda para un profesional con orientación psicodinámica; y para los que no tienen esta orientación la prueba se ofrece como un examen del estado mental, proporcionando un perfil de la personalidad, con información específica de la naturaleza y el grado de disfunción del yo y la manera en que estas áreas pueden afectar a otras del funcionamiento del yo, pudiendo el profesional saber qué trabajar con el paciente para un mejor pronóstico.

La evaluación de las funciones del yo tiene otras escalas como la EFY-O formato que brinda una base válida y detallada para las funciones del yo, pero su dificultad radica en que es muy laboriosa, por lo que Gruber y colaboradores, como se expone en Bellak y Goldsmith (1984), elaboran una escala más sencilla usada en sujetos que pertenecen a la población general.

El EFY-M, que es el utilizado en la presente investigación, diseñado también por Bellak y Goldsmith (1984), fue pensado para evaluar las funciones del yo en la escala más baja de salud, en especial para psicóticos.

La forma de cuestionario facilita la aplicación en pacientes psicóticos. La evaluación es más rica si se complementa con los datos recabados de una historia clínica previa o de entrevistas que den datos generales del paciente. Louis N. Gruber (1987), propone lo que llamó "criterios de observación" que son medidas de calificación complementarias en el rango de 1 a 3, utilizadas en pacientes demasiado perturbados para una entrevista formal, siendo el "1" el nivel para cada función en la que es necesario, para la supervivencia, el cuidado de una enfermera o utilizar otras medidas para su cuidado; y el "2" y "3" indican que el paciente puede mantenerse seguro sin tantos cuidados dentro de un hospital.

La EFY-M evalúa doce funciones del yo que son:

I. Prueba de la realidad

Se refiere a la capacidad perceptual y cognitiva de distinguir entre estímulos internos y externos. La pérdida de esta capacidad toma forma de alucinación, ilusión u otro fenómeno, en donde la percepción de la realidad externa es alterada en forma significativa. La validación de percepciones intrapersonales e interpersonales, la comparación de las percepciones de uno mismo, en relación con aquellas de los otros, debe ser examinada en función de la capacidad del sujeto, para probarla y validarla. Otra forma de confusión entre los estímulos internos y externos, ocurre cuando la realidad externa contemporánea es percibida en términos del pasado internalizado, como cuando fantasías infantiles o representaciones objetales, determinan la respuesta a una situación en el aquí y ahora. Freud (1924) ha discutido esta prueba de realidad, como una base para la neurosis. Otro componente es la prueba de realidad interna: el proceso analítico trabaja en el cambio de la atención, de lo externo a lo interno, sin la capacidad para separar ambos, el objetivo es que el paciente se vuelva progresivamente más consciente de cómo sus percepciones externas están influenciadas por estados internos. La congruente perceptibilidad, está relacionada con lo que se llama "mentalidad psicológica". La prueba de realidad es esencial en el entender y trabajar la transferencia.

II. Juicio

Se refiere a la habilidad de darse cuenta de las posibles consecuencias de conductas intentadas o realizadas reflejándose en el grado en el que conductas manifiestas revelan tal conocimiento, por lo que se considera una función "social" y "conciente", que envuelve la capacidad del yo, para apreciar sus interacciones con la realidad externa. La lógica que incluye el darse cuenta

y el entender la relación de causa-efecto, está íntegramente ligada al juicio. El juicio demostrado a través de la conducta que un paciente utilizó para resolver situaciones conflictivas en el pasado, podrá ser esperado que acontezcan durante el análisis, en tales casos el analista tendrá que suplir las deficiencias de juicio del paciente, con su propio conocimiento de las consecuencias de la conducta intentada. Este darse cuenta, se convierte en señales para el paciente, cuando conducta auto-destructivas podrían surgir en forma inminente.

III. Sentido de realidad

Desde un sentido fenomenológico, se refiere a el grado en que eventos externos son experimentados como reales dentro de un contexto familiar, así como en el grado en el que el cuerpo de uno y su funcionamiento es experimentado como perteneciente a uno mismo. Ejemplos de distorsión del sentido de realidad son la despersonalización, desrealización, deja vu y disociación.

Desde el punto de vista dinámico, el sentido de realidad esta estructuralmente determinado por el grado en que el individuo ha dominado la etapa de separación-individuación (Malher), las representaciones del self y del objeto son distintas y pueden permanecer constantes.

El sentido de realidad puede ser difícil de diferenciar de prueba de realidad, ambas tratan de la habilidad del yo para distinguir lo interno de lo externo de los límites corporales. La prueba de realidad, juicio, sentido de realidad y regulación y control de impulsos, se encuentran estrechamente interrelacionadas (Bellak 1973). La prueba de realidad tiene que ver con la manera como el yo siente y experimenta la realidad y el sentido de realidad es la habilidad del yo de "probar" estas experiencias en contra de preceptos e ideas fijas internas de lo que es real.

IV. Regulación y control de impulsos

Se refiere a la capacidad del yo para manejar los impulsos que hacen impacto sobre él. Incluye la manera como se expresa el impulso, el grado de tolerancia a la frustración y el nivel hacia donde se canalizan los derivados del impulso, ya sea en términos de Ideación, de expresión de afecto y de conducta manifiesta. El regulamiento deteriorado de los impulsos se relaciona directamente con la tendencia hacia la actuación del mismo. Para que el análisis pueda progresar debe poderse tolerar la frustración de no actuar los deseos de la transferencia. Tarachow (1963) señaló que "todas las interpretaciones relativas a la transferencia se transforman en pérdida en medida en que el paciente debe aceptar la calidad de la relación en la transferencia, en términos de "como sí".

Se trata de un agrupamiento de pasos para el analizado: a) primeramente sentir los impulsos, b) después renunciar a la satisfacción ofrecida a través de la actuación, c) llevar estos deseos a el análisis, d) aceptar la pérdida que resulta a través de la interpretación, y e) utilizar la interpretación para sintetizar un conocimiento nuevo y renunciar a los deseos de objetos anteriores.

Bellak en 1963, al describir la psicología de la conducta de la actuación dice que aún al principio del análisis es importante identificar aquellos pacientes que aparentemente tienen la tendencia a actuar los impulsos, ya que pueden llevar a cabo dicha conducta y así interrumpir su análisis. Recomienda apropiado que en las entrevistas iniciales o en la fase inicial o temprana del análisis, el señalar a los pacientes su propensión a actuar, y de esta manera se aumentaría su nivel de conciencia al respecto, al mismo tiempo que se facilitaría una alianza terapéutica importante, la cual puede hacer la diferencia entre un análisis exitoso y un análisis de fracaso.

Los pacientes que su historia evidencia requerir inmediatamente un alivio a su ansiedad o a su depresión, tienen dificultades en esta área, así como también pacientes con historias de sobreestimulación y deficiencias constitucionales, o bien, deficiencias en sus experiencias en relación a una barrera de estímulos.

Pacientes que representan un problema difícil por su deficiente control de impulsos, combinado con sintomatología altamente gratificante son los afectos al consumo de drogas y los perversos.

Tratándose de la ingestión de medicamentos en aquellas situaciones donde hay ansiedad combinada con modulación de afectos deficiente, debe seguirse y tomarse en cuenta las intervenciones psicofarmacológicas, para permitir que surja un nivel consistente entre el analista y el paciente en términos de nivel de afecto y de funcionamiento cognoscitivo.

V. Relaciones objetales

Función yoica que comprende el grado con el cual el paciente ha logrado separarse e individuarse y la manera como ha logrado constancia de objeto, es decir, la forma en la cual son percibidos los demás como entidad separada y no como una extensión del self, la manera como se han matizado y como han sido influidas las relaciones presentes, con base en las relaciones de la infancia en el pasado.

La manera errónea de diferenciar al self del objeto será la característica que distinguirá a la psicosis, pero también será una manifestación sutil de desordenes de personalidad narcisista. En estos desordenes narcisistas no psicóticos, la separación del self interno y de la representación de objeto ha

ocurrido y consecuentemente el individuo puede distinguir entre la realidad interna y la externa (prueba de realidad). Sin embargo, debido a un logro incompleto de separación y a deseos no resueltos de oposición, el paciente narcisista tiende a sentir transitoriamente a los objetos externos como una extensión de su propio self. El resultado, tanto en las psicosis, como en los trastornos narcisistas se muestra dentro del análisis cuando ocurren pérdidas debido a ausencias, silencios, vacaciones y a interpretaciones de transferencia, situaciones que conducen a una ansiedad severa que recuerda la ansiedad infantil de separación. Los trastornos de las relaciones objetales pueden llevar a una resistencia transferencial. El analista es percibido y se mantiene como proyección de un objeto real idealizado y omnipotente.

Existen trastornos con relaciones de objeto menos severas, como se observa en la neurosis de transferencia. Es a través de la transferencia que el analista tiene acceso más directo al examen de cómo las representaciones mentales internalizadas en la infancia, influyen sobre las percepciones diarias y las relaciones de objeto. Esto puede contrastarse con el nivel óptimo-hipotético de las relaciones de objeto en la cual la percepción de los objetos externos permanece constante, independientemente de los cambios de afecto y de impulsos. Para que un análisis se lleve a cabo, debe lograrse una regresión en esta área. El paciente debe regresionarse partiendo del nivel óptimo propio logrado de relación de objeto, para poder desarrollar las distorsiones de transferencia que son esenciales para un análisis. El factor limitante debe considerarse a través del nivel de individuación ya alcanzado para que así las distorsiones de la transferencia no se conviertan en oposiciones simbióticas, o bien, no requieran de la utilización de disociaciones intransigentes, negaciones, idealizaciones u otras defensas primitivas que hacen que la transferencia sea in-analizabile.

VI. Proceso del pensamiento

Esta función se refiere a la habilidad de pensar coherente y congruetemente con la realidad, manifestado a través de la capacidad de comunicar los pensamientos de uno, de manera inteligible. Los componentes son la adecuación de los procesos que guían y que sostienen el pensar, tales como la atención, la concentración, la formación de conceptos, el lenguaje y la memoria, la relación relativa del proceso primario-secundario en el pensar.

La memoria y el lenguaje consideradas como funciones autónomas, en la medida en que hayan perdido su autonomía y el pensamiento esté deteriorado. El concentrarse también es generalmente autónomo, pero los trastornos en la misma tienen efectos nocivos en el pensamiento. No importa cuál es el motivo del trastorno de la concentración es una reacción secundaria a una ansiedad marcada, a un defecto orgánico o a una obnubilación del censorio. El funcionamiento defensivo también afecta al pensamiento, por ejemplo: a través de los mecanismos de desplazamiento, condensación y proyección. La negación según Lewin (1953), produce pensamiento centrífugo, y el pensamiento elíptico aparece en un grado extremo en los esquizofrénicos, pero también puede presentarse en grados menores en todo tipo de trastornos de patología menor. Las condiciones neurológicas leves, pueden ocasionar trastornos en el pensar, cuando están invadidas por el impacto de las emociones.

Los defectos en el proceso de pensamiento tienen efectos muy precisos en el proceso analítico. La libre asociación requiere de una regresión controlada de los procesos del pensar. El yo debe ser capaz de oscilar en tal forma que el proceso secundario y su pensamiento pueda hacerse cargo de percibir y de comprender el material que ha emergido del proceso primario. El paciente debe ser capaz de utilizar la atención, la concentración, la memoria y la formación de

conceptos para estar consciente de sus asociaciones, de recordarlas y finalmente, se capaz de descifrar los temas y formar conceptos en relación a su realidad interna.

VII Regresión adaptativa al servicio del Yo (RASY)

Kris en 1952, señaló que la regresión adaptativa es un aspecto esencial de acto creativo y por ende ocupa un rol crítico en el proceso analítico. Primeramente, permite el relajamiento de la agudeza cognoscitiva y de los modos del proceso secundario de pensamiento para facilitar la emergencia de formas de ideación inconsciente y preconscientes más móviles; además involucra la capacidad yoica para interrumpir y revertir la regresión para poder regresar al pensamiento del proceso primario y secundario; por último la capacidad del yo para utilizar la regresión de manera adaptativa y produciendo nuevas configuraciones e integraciones creativas.

La personalidad obsesivo compulsiva tendrá dificultad debido a la ansiedad producida por los afectos, los instintos y la fluidez de catexias. Esta ansiedad inconsciente imposibilitará a estos pacientes en su habilidad para formar nuevas formas creativas de integración adaptativa. Los pacientes limítrofes y esquizofrénicos pueden regresionar rápidamente, pero muestran dificultades para regresar este proceso a la inversa. La ansiedad impide la utilización adaptativa de la regresión misma. Al evaluar al paciente es necesario saber si puede fantasear, si está consciente de sus sueños y como responde a ellos, si regresiona demasiado rápido y no al servicio del yo; evaluar si muestra proceso primario, durante la entrevista estructurada, si existe evidencia histórica en relación a fantasías que interrumpen una concentración intencionada, si existe una preocupación que arrastra a el individuo a través de fantasías. Observando la fase secundaria del proceso oscilatorio, el entrevistador debe indagar como plantea y da solución a sus problemas.

VIII Función defensiva

Función binaria que incluye el grado en el cual las defensas son exitosas en la reducción de afectos disfóricos, como la ansiedad y la depresión, y el grado en el cual las defensas se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas en la ideación y la conducta.

El déficit aquí puede ser identificado durante las consultas iniciales que servirán para el pronóstico y la modificación a la técnica analítica o terapéutica. La disforia incapacitante tendrá un efecto disruptivo. La depresión severa dará como resultado un retardo en el pensamiento y la asociación, así como un desarreglo general de la cognición. Una ansiedad excesiva tiene efectos desorganizantes. Los pacientes que presentan estos severos síntomas, sufren frecuentemente de una falla en la represión y necesitan por lo menos inicialmente un acercamiento más de apoyo psicoterapéutico. La falta de ansiedad y depresión disminuye la motivación hacia el análisis. Las defensas de aislamiento e intelectualización que previenen la emergencia de afectos, son mitigantes frecuentes al desarrollo y comprensión de los sentimientos transferenciales. Las defensas más punitivas producen las mayores distorsiones de la realidad por lo tanto, son las más difíciles de analizar. Un paciente que presenta un uso excesivo de la negación, se espera que sea bastante resistente a percibir, mucho menos a analizar la molesta y trastornante realidad interna. La tendencia a percibir los problemas como originados en el exterior está asociada con la negación y la proyección. Esto no es particular de pacientes maníacos o paranoides, sino que también se ve en los trastornos de carácter de tipo acting out.

IX Barrera a los estímulos

Se refiere al umbral para los estímulos y la capacidad para el manejo de la estimulación excesiva. Algunos pacientes no soportan la luz o el ruido y esto

es motivo para que se irriten interfiriendo con su capacidad de concentración y de otras funciones como el control de impulsos.

X Función autónoma.

Según la psicología del yo el hombre cuenta con una dotación innata de funciones (percepción, memoria, motricidad, capacidad de asociación, etc.) que no guardan relación directa con los impulsos. Esta dotación es considerada como un importante instrumental auxiliar que el yo podrá utilizar para resolver los conflictos que se le presentan en su relación con el ello y con la realidad.

XI Función sintética

Esta función tiene dos componentes principales. El primero es la capacidad de integrar potencialmente experiencias discrepantes y contradictorias, tales experiencias pueden ser conductuales, psicológicas o ambas y pueden incluir pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones. Los aspectos psicológicos, incluyen la habilidad para integrar:

- a) Representación del self aparentemente divergentes.
- b) Distorsiones entre representaciones de objetos percibidos internamente y objetos percibidos externamente
- c) Afectos con Ideación incongruente o percepciones internas.

La resolución de tales distorsiones juega un importante papel en la prueba de realidad, en el sentido de realidad y en la relación de objeto. Es crucial en la resolución de ambivalencia.

El segundo componente es la habilidad de inter-relacionar e integrar experiencias psíquicas o conductuales, que no necesitan ser contradictorias, esto facilita las experiencias de conexión y continuidad y permiten planear y

organizar operaciones. Psicológicamente permiten la percepción de la relación del pasado al presente, humor a idea y percepción a experiencia.

XII Dominio – Competencia

Esta función se relaciona con la capacidad individual de dominar su propio medio, relacionado con los propios recursos (White, 1967), es decir el caudal yoico de un individuo es utilizado en su interacción con el medio. Esta función tiene tres componentes:

- 1) Actuación objetiva, relacionada con el propio caudal.
- 2) Sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito.
- 3) Grado de concordancia entre la actuación actual y la expectativa.

Otro componente es un aspecto de regulación de autoestima y por lo tanto incluye las funciones de relación de objeto, sentido y prueba de realidad. La interacción entre competencia objetiva y sentido subjetivo de competencia, tienen un efecto definitivo en la actividad de dominio de una persona. El dominio que se considerar es el de la tarea analítica al analizar insights para elaborar y resolver conflictos. Dificultades en este último aspecto en el curso terapéutico explica la diferencia entre pacientes que comprenden los orígenes infantiles de sus conflictos con cambios conductuales y caracterológicos y los que no tienen dicha capacidad como el caso de pacientes psicóticos. Sin ciertos recursos en esta función, a pesar de la fortaleza de otras funciones, una debilidad en el "factor de utilización analítica" tendrá una limitación en el logro potencial analítico, por lo que se tendrá que pensar en otras alternativas terapéuticas.

En la prueba EFY a cada función le corresponden diez preguntas a las que se deberá contestar una de tres opciones con un valor ya establecido,

dependiendo de la función a calificar: Rara vez, A veces y A menudo, puntuación que se sumará y graficará en una escala de 13 puntos, indicando el rango de funcionamiento.

*"Realidad sueño o esperanza
sentimientos fusionados o dispersos
que conllevan a una angustia
tal vez benevolente".
H. M. Romo.*

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del tratamiento de las enfermedades mentales, han surgido variadas formas de atención para las mismas. Algunas han demostrado su "eficacia" en un momento determinado como por ejemplo las camisas de fuerza, las duchas de agua fría o el encierro en los aislados; sin embargo, los adelantos científicos como estudios genéticos, tomografías, estudios bioquímicos, la aparición de fármacos, además de las explicaciones psicológicas y sociales sobre las enfermedades mentales, han abierto el abanico de posibilidades con pronósticos más alentadores para quienes se encuentran en este tipo de situación.

Basta recordar que hasta la edad media los que sufrían alguna enfermedad mental eran considerados como endemoniados; sin embargo, el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento y el crecimiento de las ya existentes, ha permitido dar una visión más humana y explicaciones científicas sobre este tema, cambiando por consiguiente las formas de tratamiento. Antes, el enfermo era considerado aquel que padecía sólo la enfermedad y era recluido en un hospital; posteriormente se comienza a tener una visión global de la enfermedad donde se incluían las esferas bio-psico-social como componentes fundamentales de la misma y como medio de interpretación,

comprensión y tratamiento, lo que lleva a establecer que ya no es sólo el paciente el único que forma parte de su estado, sino que la familia desempeña un rol fundamental en el mismo. De este modo empieza a ser incluida en el proceso de tratamiento como parte importante para un mejor pronóstico en la reinserción del paciente a la sociedad. Esto constituye una de las metas importantes en los modelos de atención a las enfermedades mentales, sobre todo en aquellos que operan con el sistema de Hospital Parcial.

Este tipo de modelo ha tenido también su propia historia, con sus respectivas modificaciones, desde el primero que se establece en Moscú hacia 1933. En México, el primer Hospital Parcial es instaurado en 1979, dentro del Hospital Fray Bernardino Álvarez, con sus constantes cambios por adaptar el modelo a la sociedad mexicana y al tipo de pacientes que se atienden.

Como se dijo anteriormente, el modelo de hospital parcial en México llega medio siglo después del primero que se abrió en Moscú, por lo que se puede decir que es muy incipiente.

En el momento que se efectúa esta investigación el modelo de hospital parcial del Fray Bernardino Álvarez, para el aspecto aquí tratado, se realiza la aplicación de la EFY y BPRS como protocolo para saber si se incluye o no el paciente al programa, si puede seguir o no en el mismo, o para saber su evolución. Sin embargo, no se había realizado un estudio comparativo de las diferentes áreas evaluadas del estado psíquico del paciente al inicio y fin del programa que permitiera determinar la influencia del modelo, reflejado en este caso en la disminución de la sintomatología positiva y en el aumento de las funciones yoicas. Es aquí donde se ubica la necesidad de un estudio como el presente que pretende dar una respuesta al planteamiento anterior.

Este estudio toma como base de referencia a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que están en el programa de hospital parcial. El

objetivo del mismo se orienta a medir el índice de influencia en sintomatología y funciones del Yo ejercido por el modelo con este tipo de pacientes. Es decir, determinar el grado de cambio que los pacientes experimentan al concluir el periodo de tratamiento que el modelo de hospital parcial ofrece y determinar la eficacia o no de dicho modelo.

Para dicho propósito se establecieron las siguientes hipótesis.

4.2 HIPÓTESIS

Hi.- Hay disminución de sintomatología positiva y aumento en las funciones del Yo en pacientes esquizofrénicos en el modelo de Hospital parcial de fin de semana.

Ho.- No hay disminución de sintomatología positiva y aumento en la funciones del Yo en los pacientes esquizofrénicos en el modelo de hospital parcial de fin de semana.

Para la medición de sintomatología positiva se utilizó la Escala breve de apreciación psiquiátrica (B.P.R.S.), y para las funciones del yo se utilizó el Test para la evaluación de las funciones del yo de Bellak.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V.I. - Modelo de Hospital parcial de fin de semana.

V.D.- Puntuaciones del test de Bellak (funciones del Yo) y de la escala breve de apreciación psiquiátrica (B.P.R.S) para evaluar la sintomatología positiva y negativa.

4.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población de pacientes consistió en sujetos que cuando menos hayan pertenecido a un nivel del modelo y que estén en el grupo de transición, y que por lo tanto ya hayan sido evaluados en el momento de ingreso; dicha evaluación incluye las pruebas utilizadas en el post-test para el presente estudio. Se seleccionaron hombres y mujeres a partir de los 18 años, hasta 35; con diagnóstico de esquizofrenia, psicofuncionales, bajo tratamiento farmacológico mínimo y lo más homogéneo con el grupo. Los sujetos seleccionados fueron 18, mismos que incluyen el total de la población con estas características.

4.5 PROCEDIMIENTO.

a) Aplicación de instrumentos

Una vez que se seleccionó a los sujetos, mediante los criterios de inclusión ya expuestos, se procedió a la aplicación de los instrumentos que sirvieron para medir, como se comentó, el fortalecimiento yoico mediante la escala del yo de Bellack y la sintomatología con la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (B. P. R. S.), administradas por el equipo de valoración, integrado por psicólogos y psiquiatras del Hospital Parcial de Fin de Semana, a los pacientes del grupo de transición, hacia junio de 1998.

La aplicación de la prueba de las funciones del yo de Bellak, fue realizada por parte del equipo de valoración del Hospital Parcial de fin de Semana, siendo los mismos en la primera y segunda aplicación. El B. P. R. S., fue aplicado por psiquiatras terapeutas expertos en el manejo de la escala y con experiencia clínica.

El siguiente paso fue recabar los datos de la primera aplicación integrada en cada expediente de ingreso al modelo, para una cuantificación de los mismos, que sirvió como punto de partida para la posterior comparación con la segunda aplicación.

Para esta segunda etapa, al final del ciclo del grupo de transición, el primer instrumento aplicado fue el B. P. R. S., de manera individual, en el consultorio del psiquiatra, dentro del Hospital, y con un periodo de tiempo indeterminado, pero no más de una hora.

El segundo instrumento aplicado por el equipo de valoración, fue el Bellack, de manera individual, en cubículos o consultorios dentro del mismo hospital, con un periodo de tiempo no mayor a una hora.

El proceso de elaboración de la información, no estuvo exento de dificultades y retrasos, se mencionan algunos.

La primera se originó debido a la falta de espacios suficientes para la atención a los pacientes, ya que la demanda de la población se incrementó considerablemente, ocasionando el alargamiento del proceso de aplicación.

Además, es importante expresar que el personal que participaba en estas valoraciones, desempeñaba, al mismo tiempo, otras actividades del programa del modelo, por lo que no existía coincidencia en los tiempos de valoración, haciéndose necesarios otros espacios y horarios para esta actividad, siendo otro factor que limitaba la fluidez del proceso.

Otra dificultad se generó porque los pacientes no se presentaban a su cita; propiciando que la información requerida no fuese actualizada a tiempo.

Ya con la información del test y del posttest, se organizaron los datos para su análisis estadístico mediante una ANOVA o análisis de varianza de dos factores para los datos de la escala de las funciones yoicas de Bellack; y para los datos de B.P.R.S se utilizó la *t* de student, lo que permitió comprobar las hipótesis (el análisis estadístico se explicará con mayor amplitud en el capítulo siguiente).

*“... por mil noches sin amor,
 por ese disfraz
 por la idiota realidad
 por la sangre y por el miedo
 por la marca del dolor
 estás llorando sobre esa piedra
 estás sudando esquizofrenia...”*

Enrique Aiello. Esquizofrenia.

CAPITULO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la comprobación del estudio se elaboraron las siguientes hipótesis:

Hi.- Hay disminución de sintomatología positiva y aumento en las funciones del Yo en pacientes esquizofrénicos bajo el modelo de Hospital parcial de fin de semana.

Ho.- No hay disminución de sintomatología positiva y aumento en las funciones del Yo en pacientes esquizofrénicos bajo el modelo de hospital parcial de fin de semana.

$$H_o. \mu \text{ pre} = \mu \text{ post}$$

$$H_i. \mu \text{ pre} > \mu \text{ post}$$

5.1 DISEÑO EXPERIMENTAL

Para el estudio experimental se planteó el diseño experimental grupo experimental sometido a pretest y postest. (Campbell, 1995)

Y1 X Y2

5.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Los resultados se analizaron estadísticamente por dos pruebas:

1. ANOVA:

Es un método estadístico utilizado para probar hipótesis referentes a las medias de población (es el promedio de los valores medios de las muestras que representan la distribución de la población de la cual provienen) con fundamento en las variancias de población (El grado en que se dispersan los puntajes con respecto a la media poblacional). Se han descrito tres supuestos que se deben de tomar en cuenta para la aplicación de esta prueba: Muestreo aleatorio, varianza homogénea y no-independencia. Se conocen tres tipos generales de ANOVA: un factor, dos factores y bifactorial.

La ANOVA de un factor es aquel análisis que se realiza cuando la muestra es sometida a solo una variable experimental.

La ANOVA de dos factores se ocupa cuando se analizan dos o mas variables experimentales. Se eligió esta prueba de dos factores debido a que se busca encontrar diferencias en las medias del mismo grupo sometido a dos valoraciones (pre-test y post-test) influidos por la combinación de factores dados por los 12 sub tets de la prueba EFY. Esto genera estimaciones de varianza Inter e intra dependientes para lo cual es válido ocupar la distribución F.

Prueba bifactorial, en ésta se analizan dos variaciones experimentales y sólo una observación de cada combinación de factores.

2. T student para pares ajustados.

Esta prueba estadística permite comparar las medias de dos muestras dependientes y determinar significativamente si existen diferencias.

Además esta prueba pretende equiparar a cada elemento de un par con el otro en todas las variables importantes. En el presente estudio se busca equiparar los sujetos del pretest con el posttest con fundamento en las diferencias entre sus medias y determinar las diferencias existentes.

Para el test EFY se ocupó una prueba ANOVA de dos factores a una significancia igual a 0.05. (fig.1). Con las siguientes hipótesis:

Interacción:

Ho.- No hay interacción

Hi.- Hay interacción

Columnas:

Ho.- No hay diferencia entre subtests

Hi. -Hay diferencias entre subtests

Renglones:

$$H_0.- \mu \text{ pre} = \mu \text{ post}$$

$$H_1.- \mu \text{ pre} < \mu \text{ post}$$

5.3 RESULTADOS**a) Estadística Descriptiva**

Las pruebas aplicadas fueron calificadas de acuerdo a los parámetros establecidos en las respectivas validaciones. Los datos obtenidos se promediaron y se graficaron para cada prueba.

Para la aplicación del Test EFY se obtuvieron los siguientes parámetros estadísticos (por áreas):

Tabla 1

		PR	J	SR	RYCI	RO	PP	RASYFD	BE	FA	FS	DC	
Pretest	Media	5.61	6.11	4.83	4.39	5.83	5.11	5.28	5.50	6.39	5.44	4.50	3.72
	DS	3.71	3.98	2.01	2.09	2.92	3.18	2.32	3.20	3.50	2.73	2.60	2.97
	ES	0.90	0.97	0.49	0.51	0.71	0.77	0.56	0.78	0.85	0.66	0.63	0.72
Posttest	Media	6.28	6.06	4.50	5.67	6.44	5.94	4.11	5.39	5.89	5.89	4.72	4.44
	DS	3.23	2.04	2.14	2.66	2.27	2.73	2.61	3.19	2.24	2.21	2.03	11.57
	ES	0.78	0.49	0.52	0.64	0.55	0.66	0.63	0.77	0.54	0.54	0.49	2.81

Y los siguientes parámetros generales:

Media= 5.2

DS = 3

ES= 0.7

Para la aplicación del test BPRS se obtuvieron los siguientes parámetros estadísticos:

Tabla 2

BPRS	media	DS	ES
Protest	16.30	2.61	2.61
Postest	9.60	1.15	1.15

b) Estadística Inferencial

Prueba ANOVA para EFY:

La aplicación de la prueba ANOVA de dos factores arrojó los siguientes resultados:

Tabla 3

FV	SC	GL	CM	F	F tab	P
INTER						
Columnas	195.3	11	17.75	1.921.81		<0.05
Filas	5.1134	1	5.11	0.553.86		>0.05
Interacción	45.748	11	4.16	0.451.81		>0.05
INTRA	3766.2	408	9.23			
TOTAL	4012.3	431				

Donde FV= fuente de variación, SC= suma de cuadrados, GL=grados de libertad, F= valores de distribución F.

Interacción.

Debido a que el valor F obtenido es menor al valor estimado, se acepta H_0 , por lo tanto no existe interacción entre las subpruebas y los sujetos.

Columnas.

Debido a que el valor F obtenido es mayor al estimado se rechaza H_0 . Por lo tanto existen diferencias en las calificaciones de los sujetos para cada subtest.

Renglones.

Debido a que el valor F obtenido es mayor al estimado se rechaza H_0 . Existe aumento significativo en las calificaciones de los sujetos en cuanto a la pre y post aplicación.

Para el test BPRS se ocupó una prueba t–student para pares ajustados, esto obedeciendo al tamaño de la muestra y por el interés de comparar medias, con una significancia igual a 0.01. (fig.2) con la siguiente hipótesis:

$$H_0. - \mu \text{ pre} = \mu \text{ post}$$

$$H_1. - \mu \text{ pre} > \mu \text{ post}$$

La fórmula para la prueba es la siguiente:

$$t = \frac{\overline{D}}{\sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2 / N}{N-1(N)}}}$$

Prueba t-student para BPRS:

$$T_{obs} = 3.23$$

$$T_{esp} = 2.8$$

Por lo que se rechaza H_0 , existe disminución en sintomatología positiva. Con base en los datos crudos se obtiene que:

En cuanto a la **evaluación de las funciones del Yo** se observó que el 58% de las escalas tuvo cambios significativos en cuanto a la preprueba y la postprueba, los subtest que mostraron este cambio son (fig.1):

Prueba de la realidad (PR): En este subtest se muestra un aumento equivalente al 11.9%

Juicio (J): No hay variación.

Sentido de realidad (SR): No hay variación significativa.

Regulación y control de Instintos (RYCI): En este subtest se muestra aumento equivalente a un 28% .

Relaciones objetales (RO): Se muestra aumento equivalente a 10%.

Procesos del pensamiento (PP): Se observa aumento equivalente al 11.5%.

Regresión adaptativa al servicio del Yo (RASY) : Se observa disminución equivalente al 33%

Función defensiva (FD): No hay variación.

Barrera contra estímulos (BE): Hay disminución del 7%.

Función autónoma (FA): Se muestra aumento equivalente al 20%.

Función de síntesis (FS): Se observa incremento igual al 4%

Dominio de competencia (DC) Se muestra aumento equivalente a 18.9%.

Los resultados obtenidos en la prueba BPRS para la determinación de sintomatología positiva muestran disminución significativa con respecto a la comparación del pretest y el posttest (t de student, $\alpha=0.01$) (fig. 2).

Así mismo esta diferencia es equivalente al 41% del pretest (fig.3).

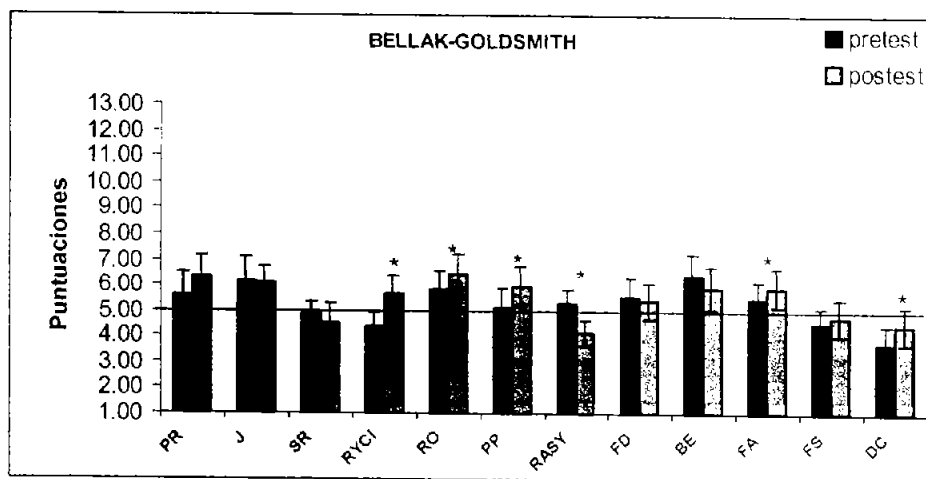


Figura 1. Histograma que muestra las puntuaciones obtenidas en el EFY por área para el pretest y postest. (media +/- ES) (*Diferencias significativas ANOVA alfa= 0.05)

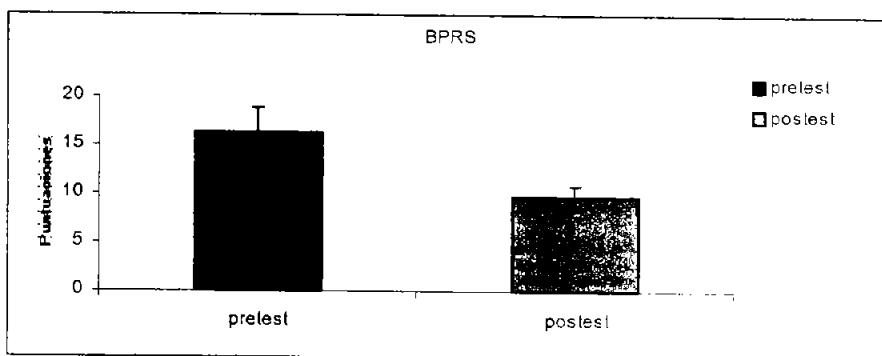


Figura2. Se muestran puntuaciones obtenidas en el pretest y postest de la prueba BPRS. Es de notarse la disminución significativa en puntuaciones (t student para pares ajustados $p > 0.01$) con relación a la sintomatología. (media +/- ES)

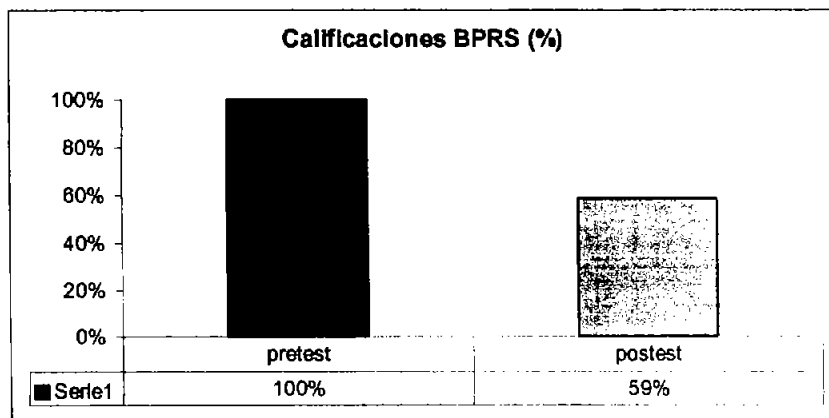


Figura 3. Histograma que muestra los porcentajes ajustados para el pretest y postest de la prueba BPRS. La disminución obtenida en sintomatología positiva es equivalente al 41% (t student para pares ajustados $p > 0.01$).

Con relación al presente estudio, y en función del trabajo realizado en esta investigación, y a los datos obtenidos se demostró lo siguiente: hubo cambios en los resultados al evaluar las funciones del yo. Sin embargo, según la escala, no se salen del rango psicótico o límite de bajo nivel; y tal vez por estas aseveraciones se podría concluir que el modelo de hospital parcial no propicia una mejora en el paciente psicótico. Es importante, para una justa valoración o al emitir un juicio, recordar que son pacientes con estructura psicótica, y por ello jamás llegarán a ser neuróticos, por lo que sólo podrán llegar a comportarse como personas con estructura límite, siendo así que, aunque aparentemente en las calificaciones no existen cambios significativos, en la práctica, para éstos pacientes si es observable un cambio, ya que representa el tránsito de un ambiente de hospital que ciertamente puede constituir un obstáculo a su recuperación (deteriorándose en un pabellón de

hospital) , a ser paciente ambulatorio con posibilidades de desarrollo familiar, laboral y social. Con esta visión se analiza lo siguiente:

¿Por qué hay escalas en las que subieron a un mejor funcionamiento y otras en las que incluso bajaron como en el subtest de regresión adaptativa al servicio del yo (RASY)? Podemos decir que una de las funciones del programa es evitar que los pacientes regresionen más de lo que ya están por la misma naturaleza psicótica, haciendo el trabajo en el aquí y ahora, además de que al adquirir conciencia de enfermedad, y aumentar su prueba de realidad, como fue el caso demostrado en el estudio, los pacientes obtienen la capacidad de contestar con mayor claridad su estado, siendo así que uno de los aspectos medidos por el subtest de RASY sea la creatividad y la espontaneidad para realizar actividades, o la capacidad de reirse de un chiste, cosas que a un paciente esquizofrénico se le dificultan, a pesar de que el modelo cuente con taller de pintura o de teatro y sociodrama, que son espacios para desarrollar la espontaneidad y creatividad.

Pero el ser más concientes de lo que está bien y los síntomas de su enfermedad, pueden ser aspectos para que ellos se cuiden y se muestren más cautelosos, sin indicar que se hagan más suspicaces, que este sería un síntoma psicótico (reafirmado por el sub test de prueba de realidad PR, en donde existe el reconocimiento y comprensión de realidad externa e interna). Es justamente este aspecto (PR) el que propicia un mejor trabajo en el grupo, ya que la distorsión de la transferencia se modula, siendo menos invasiva y distorsionada; me refiero a que tiene mayor capacidad para distinguir síntomas que les indican que no están bien o que pueden recaer, que es otro aspecto de medición en el subtest de la función defensiva (FD), en el que las preguntas describen síntomas psicóticos que ellos ya reconocen que los padecen o los padecieron y como síntomas propios de la enfermedad los identifican y los asumen; o como en el caso del subtest de barrera a los estímulos (BE) en el que se saben frágiles y que ciertos eventos les pueden desequilibrar, aspectos

que niegan cuando están en plena producción psicótica, y en la que la suspicacia los hace negar sus síntomas, lo cual se da, además, por ser pacientes que no quieren ser internados y que ya llevan una trayectoria en el ambiente psiquiátrico. En el caso de el subtest del juicio se nota que no hay prácticamente cambios, lo cual nos indica que los candidatos a incorporarse al modelo de hospital parcial en este aspecto fueron los adecuados, ya que uno de los criterios de inclusión supone que no presenten cuadro psicótico florido, es decir, que enjuicien mejor su conducta, siendo más concientes de las consecuencias de sus acciones, lo que posibilita una anticipación de estas últimas, y que por lo tanto puedan ser pacientes ambulatorios, que no necesiten cuidados intensivos, aspecto que se preserva en la segunda evaluación. En la subprueba de sentido de la realidad de sí mismo y del mundo (SR) es de las más bajas, y baja aun más en la segunda aplicación, lo cual podría parecer discordante ya que en el subtest de prueba de realidad (PR) la calificación es mejor y aumenta en la segunda aplicación. Lo que se puede argumentar es que las preguntas para esta parte son planteadas en relación a la conciencia de enfermedad, por lo que pueden decir si es o no real lo que perciben, y el sentido de realidad no excluye que lo sientan y acepten que lo perciben sin negar que sea o no verdadero.

En el caso del subtest de relaciones objetales, hay cambios de la segunda aplicación con relación a la primera, podemos traducir este cambio en que los pacientes son más concientes de que los demás son independientes de ellos mismos y viceversa. Ellos son pacientes que ya trabajan en terapia del grupo, lo que supone que el analista y el grupo son distintos de él (del paciente), esta situación se manifiesta en una transferencia menos distorsionada, dada por esta diferenciación del yo y el otro, en este sentido las intervenciones de los otros, le afectan menos. Con relación a los procesos del pensamiento es de esperarse que al haber disminución de sintomatología positiva, la concentración, la memoria, y la atención mejoren, ayudando a la función autónoma que es parte del parámetro del autocuidado. A pesar de que

la función sintético-integrativa (capacidad de integrar potencialmente experiencias discrepantes o contradictorias, que pueden ser conductuales, psicológicas o ambas que incluyen pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones. Dentro de los aspectos psicológicos se incluyen habilidades para integrar representaciones del self aparentemente divergentes, distorsiones entre representaciones de objetos percibidos internamente y los percibidos externamente, así como afectos con ideación incongruente y de percepciones internas. También conlleva la habilidad de interrelacionar e integrar experiencias psíquicas o conductuales, que no necesitan ser contradictorias, facilitando las experiencias de conexión y continuidad que permiten planear y organizar operaciones) y dominio competencia (con la capacidad de dominar su propio medio relacionado con sus propios recursos, White, 1967, teniendo expectativas para el futuro con una mejor organización de su pensamiento y sus conductas) son de las más bajas, hay un aumento de calificación en la segunda aplicación, con base a subtest de función analítica (FA) y función sintética (FS).

Los resultados obtenidos en la prueba BPRS para la determinación de sintomatología positiva muestran disminución significativa con respecto a la comparación del pretest y el postest (t de student, $\alpha=0.01$) (fig. 2). Así mismo esta diferencia es equivalente al 41% del pretest (fig.3). Si bien en el control de la sintomatología sobre todo positiva es necesario el uso de medicamentos, el papel del tratamiento terapéutico permite una modulación de la efectividad en el control de sintomatología positiva del paciente psicótico, conformando un modelo global. Para este estudio la disminución en la sintomatología positiva en un 41% implica efectividad del modelo.

Es importante destacar que este resultado no sólo concuerda, si no que supera en la efectividad a otros estudios previos para el tratamiento de sintomatología positiva con fármacos como el realizado por los laboratorios ZENECA (1997) para el SEROQUEL, con relación a la efectividad de la quetiapina (40%); o el estudio de LILLY (1995) para ZIPREXA, con relación a la

efectividad de la Olanzapina (36%). Por lo que se concluye que no sólo el tratamiento farmacológico es necesario para la disminución de sintomatología positiva, si no que se necesita un apego a un proceso terapéutico como el establecido en el programa de HPFS, en el que es de importancia realizar una alianza de trabajo paciente – terapeuta – familia, será difícil que se siga un tratamiento farmacológico y terapéutico con lo que pueda darse una disminución de síntomas como lo muestran estudios en pacientes hospitalizados y no hospitalizados bajo estos modelos parciales en los protocolos de neurolépticos.

Aparentemente los resultados muestran una mínima significancia, pero no se debe olvidar que se habla de pacientes con una estructura psicótica, por lo que nunca llegarán a otra de mayor nivel. Sin embargo, mediante el modelo de Hospital Parcial se alcanzan a fortalecer funciones yojicas que les permiten ser más funcionales y productivos en su reinserción social.

*"There is always another history,
there is more than meets the eye.
There is always a wicked secret,
a private reason for this".*
W. H. Auden.

CONCLUSIONES

Muchos han sido los avances que el hombre ha realizado para comprender mejor la locura. El concepto mismo, como enfermedad mental, ha cambiado, se ha ido modificando poco a poco de manera lenta, pero considerable.

Por fortuna, desde siempre ha existido gente como Fray Bernardino Álvarez, como José Sayago y esposa y, más recientemente, los hombres y mujeres cuya labor tiene que ver con la salud mental, quienes han visto algo más que la mitificación de estas enfermedades, preocupándose por la gente que las padece y por dar explicación y solución a los retos que plantean. En la actualidad (2004) se han hecho más eficientes los métodos de diagnóstico así como los criterios para el mismo (DSM IV y el CIE 10 de la OMS), lo cual facilita las pautas de tratamiento para los pacientes en el caso de la esquizofrenia que, como es sabido, es el grado más grave de las enfermedades mentales. Es en este punto del tratamiento donde ha habido una evolución lenta pero mucho muy importante dónde al principio, en el afán de dar nombre y explicación a las enfermedades mentales y en particular a la esquizofrenia, surgieron muchas corrientes y teorías (ESQUIROL, S. XIX; KREAPELIN, S. XX, BLEULER, S. XX, entre otras), en las que se involucraron no sólo médicos, sino también psicólogos, trabajadores sociales, incluso gente sin más afán que de ayudar a

las personas con desordenes mentales quienes, sin embargo, igual que en la torre de Babel no se entendían y lejos de ayudarse y enriquecerse unos a otros, cada quien defendía su postura como la única vía para dar respuesta, es así que había (y todavía existen corrientes extremistas) posturas radicales y excluyentes, las meramente psicológicas y las organicistas (neurología, farmacología). Actualmente de forma lenta esta concepción ha ido cambiando y se refleja en el equipo de tratamiento que cada vez va siendo menos excluyente y más integrador. En los actuales Hospitales Psiquiátricos los que se encargan del paciente no son sólo los médicos psiquiatras, sino también psicólogos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales y terapeutas. Es por todo lo anterior que surge la necesidad de otras alternativas, de nuevos modelos, como el tipo de Hospital Parcial que brinda otras oportunidades para el paciente, quien al tener controlado su cuadro agudo, encuentra en este modelo apoyo individual y grupal, así como alternativas para reintegrarse a su familia y a la sociedad de una manera productiva y más gratificante. Pero no sólo el paciente recibe beneficios, también la familia, eje importante en el trabajo de hospital parcial, ya que recibe orientación y ayuda acerca de la enfermedad, siendo factor importante para la recuperación del paciente y, al mismo tiempo, como parte del cambio en la sociedad a la que se inserta, ya que la información modifica actitudes y éstas ayudan, de alguna manera, al avance en materia de salud mental.

Los pasos son lentos en el cambio de conceptos, debido a factores como la falta de apoyo por parte de las autoridades, de fuentes de trabajo para que los hospitales cuenten con más recursos humanos y cumplir con eficacia los objetivos que se propone, etc. El modelo de hospital parcial reúne elementos importantes para una evolución favorable del paciente por lo que en un futuro, más que grandes hospitales con muchas camas, que como hasta en la actualidad son insuficientes, se hará imperiosa la necesidad de orientarse más a la consulta externa y apoyo integral que favorece a menos recaídas y por lo consiguiente menos necesidad de internamientos, ofreciéndose más

oportunidades de avanzar como seres humanos productivos a las personas que sufren una enfermedad mental.

El trabajo es muy grande pero no imposible; en la actualidad (S. XXI), además del modelo de hospital parcial surge la idea de un tercer modelo de atención donde la infraestructura de hospital tradicional va a quedar superada. Dicho modelo son las villas que se asemejan más a un hogar que a un medio hospitalario propiamente dicho; este modelo ya tiene algunos años en Europa, con aparentes buenos resultados, pero aún es muy joven. Sin embargo, gente involucrada en la salud mental de México ya lo trae como propuesta llamándolo "Modelo Hidalgo" poniéndolo en acción en el hospital psiquiátrico de Pachuca, con casitas donde habitan los enfermos controlados en su cuadro psicótico, comprobándose una riqueza en combinación con el modelo de hospital parcial con su ayuda a pacientes sobre todo ambulatorios y en busca de que las recaídas se hagan más espaciadas. Por otro lado, el tercer modelo, con su nueva propuesta de villas, en donde las personas que por alguna situación recaen y tienen la necesidad de internarse, al ingresarse se encuentran con un medio menos agresivo.

Son tres los puntos que surgen de una reflexión y que ayudan a esclarecer la importancia del trabajo aquí presentado y son: la eficiencia, la eficacia y la influencia del modelo del hospital parcial.

La eficiencia del modelo del hospital parcial, nos lleva a reevaluar sólo uno de los aspectos de los temas de salud en México, hay que recordar que el primero en su tipo en Moscú fue creado buscando la atención a un número importante de pacientes con menos recursos, en México surge también por esa necesidad, al desaparecer la Castañeda y al ser insuficientes las camas para el paciente con enfermedad mental. Y pese a, como ya se mencionó anteriormente, que el modelo es aún muy joven y en continuo cambio, ha demostrado que con menos recursos, económicos y materiales se pueden

atender un número importante de pacientes reinsertándolos más rápido a la sociedad. El equipo de trabajo, incluyendo a quien escribe aquí y su periodo de estancia en el mismo, para la atención de aproximadamente 130 pacientes y sus familiares, entre sábado y domingo, se reducía a 8 psiquiatras de los cuales menos de la mitad eran adscritos y el resto, residentes de psiquiatría. Había tres enfermeras psiquiátricas, dos psicólogos adscritos y algunos estudiantes de psicología realizando servicio social o prácticas profesionales cuyo número era más variado, una trabajadora social y su pasante o practicante. El equipo era menor de lo requerido en piso con pacientes internados. Por otro lado, los pasantes de psicología y de trabajo social no recibíamos ninguna clase de ayuda económica; los residentes de psiquiatría sí recibían ayuda como beca, pero ésta era muy baja. De este modo, el hospital reduce sus costos, y dado que los pacientes, en este modelo, no son internados, con el ahorro de equipo humano, alimentación, medicamentos, mantenimiento de instalaciones, básicamente no representan carga económica para la administración del centro. Es así que este modelo en cuanto a eficiencia es una buena alternativa para este tipo de pacientes. Sin embargo, el hecho de que en el equipo exista un gran número de personas sin sueldo o plaza fija, implica el problema de la rotación del personal y en muchos casos la falta de compromiso con el trabajo, y el tiempo extra que se tiene que invertir para la inducción a los nuevos integrantes. No obstante a pesar de este punto el equipo tiene una continuidad que le permite seguir dando el servicio necesario.

El siguiente punto para retomar es la influencia del modelo en la disminución de sintomatología positiva y el fortalecimiento de las funciones yoicas, pero al hablar de influencia no se puede dejar de hablar de eficacia del modelo, ya que esta última se refiere al grado en que se logran los objetivos y metas y los efectos deseados en la población. Como ya se ha acotado antes como deducción de la investigación, al menos en cuanto a los dos puntos de estudio, el modelo refleja una influencia al disminuir los síntomas positivos, no sólo por efecto del fármaco sino además por la alianza paciente - terapeuta -

familia, lograda gracias a las diferentes actividades que involucran a estos tres actores dentro del modelo, además de ayudar al fortalecimiento de funciones yoicas que le permiten al paciente y a la familia tener una más rápida y eficiente reinserción a sus actividades dentro de la sociedad. Como especulación ya que no es el objetivo del trabajo podemos deducir que si hubiera menos rotación de personal la alianza que da la continuidad para el paciente podría ser de gran ayuda para su reinserción a la sociedad.

Como se indicó, no se había realizado un estudio comparativo de las diferentes áreas evaluadas del estado psíquico del paciente al inicio y fin del programa que permitiera determinar la influencia del modelo, reflejado en este caso en la disminución de la sintomatología positiva y en el aumento de las funciones yoicas. Es aquí donde se ubica la necesidad de un estudio como el presente que pretende dar una respuesta al planteamiento anterior.

La experiencia como parte del equipo, por parte de la que escribe, fue muy rica, ya que el trato y el trabajo con los pacientes lejos de cotejarse tan sólo mediante instrumentos de medición, se vislumbraba sesión tras sesión. Lo que a continuación escribo es tan sólo una anécdota de tantas que se suscitan. Sucedió un sábado, durante una sesión de uno de los grupos de primer nivel en los que yo participaba como observadora al lado de un médico psiquiatra, eran aproximadamente quince pacientes, la mayoría con síntomas aún muy floridos y con medicamento aún en dosis elevadas, sentados formando un círculo; entre los participantes se destacaba una carita redonda con mejillas rosadas, cabello castaño en corte redondo apenas debajo de la oreja, sus ojos grandes se encontraban alertas, sus piernas en continuo movimiento denotaban mucha ansiedad, su cuerpo delgado se notaba tenso, la sesión transcurría con el tema de los medicamentos y de cómo se sentían, hubo cosas como que no querían medicamento, que si a veces se les olvidaba, que si podían o no fumar, hubo incluso risas cuando de repente caían en la cuenta de sus trampas para justificar no tomar el medicamento, durante la sesión "Rosita", a la que llamaré así, me veía de una manera insistente facilitado por el lugar que ocupó justo en frente a mí, incluso cuando el médico le hacía una pregunta ella respondía con

los ojos fijados en mi persona. La sensación que recorrió en mi piel fue de temor y una fantasía se adueñó de mí, en las manos tenía una libreta y un lapicero, los cuales guardé lentamente en una de las bolsas de la bata que portaba, imaginando que ella en cualquier momento se abalanzaría sobre mí y utilizaría mi lapicero para hacerme daño. Por fin al concluir la sesión creí que todo había terminado, tenía que salir rápidamente para poder llegar a la siguiente actividad, pero justo en el pasillo ella ya me esperaba, sus facciones se endurecieron y me acorralaron con la protesta de una boca que me gritaba que "porque la veía tanto y me burlaba de ella, que qué trala", me imaginé contra la pared y mi mente, en cuestión de segundos, pasó de la sorpresa al miedo, pensé "tengo que estar tranquila la agresión no es mía". Aguantar la agresión de un paciente psicótico es intensa, pero es importante comprender que la persona que está ahí es tan humana como cualquiera, si bien es difícil en ese momento. Varios de los pacientes se detuvieron, unos paralizados ante la escena, otros tratando de calmarla y defenderme; por fin, un médico acabó por controlarla hablándole y llevándosela para su consulta individual. El fin de semana siguiente antes de entrar al grupo, me encontraba en mi cubículo cuando tocaron a la puerta, al abrir aquella figura de mejillas rosadas y ojos enormes se toparon con los míos pero la sensación fue diferente, no tenía miedo, atrás de ella se dibujaba otra figura apenas unos centímetros más alta, temerosa y notablemente avergonzada, era su madre, la voz de Rosita comenzó a escucharse "buenos días doctora, vine a disculparme por mi comportamiento de la semana pasada", nuevamente mi cuerpo registró sensaciones de pies a cabeza, la sorpresa se convirtió en un sentimiento de descubrimiento tras esa enfermedad de un ser humano que siente y sufre más de lo que podemos imaginar. Este relato muestra no el condicionamiento de un enfermo sino el rescate de un ser humano disminuyendo y fortaleciendo los mecanismos que le permiten una menor distorsión de su medio y por lo consiguiente un avance en su trabajo por no permitir la conicidad y deterioro por la enfermedad mediante todas las actividades y contactos de apoyo fortalecidos como son la familia.

Es difícil deducir la eficacia y la eficiencia de un modelo cuando no se tienen todos los elementos para hacerlo, además de que esto supone una investigación mucho más amplia que pudiera abarcar todas las áreas que lo componen. El trabajo aquí expuesto es apenas un eslabón de la cadena de investigaciones que se pueden realizar para el estudio del modelo de hospital parcial y de los nuevos modelos de atención para pacientes con enfermedad mental.

Si bien las directrices para posteriores investigaciones son muy amplias e interesantes las facilidades para realizarlas son en ocasiones restringidas debido a que aún existen obstáculos por parte de los que dirigen los hospitales que son en su mayoría médicos, hacia otros profesionales que no lo sean como es el caso de los psicólogos, por lo que el esfuerzo tiene que ser muy tenaz y lejos de dejarnos aplastar por ello debemos esforzarnos en nuestra profesión para seguir adelante y ganar terreno mediante nuestro trabajo y dedicación.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV. Clasificación Internacional de las Enfermedades mentales, (10ª versión, CIE 10)

Alain M. Jacques, (1984) Seminario de Jacques Lacan, III La psicosis
Barcelona: Paidós.

American Psychiatric Association, (1995) Manual de clasificación y estadística de las enfermedades mentales, Versión IV, (Messon, México)

Anzieu D, (1986) El grupo y el inconsciente, Madrid: Biblioteca Nueva

Appignanesi, Zárate O. (1997) Freud para principiantes, Argentina: Era naciente.

Ardila A, (1995). Diagnóstico del daño cerebral, México: Trillas.

Bellak L. (1993). Manual de psicoterapia breve y de urgencias, México: Manual Moderno, segunda edición.

Bellak L. Goldsmith L. (1994). Manual para la Evaluación de las Funciones del Yo (EFY), México: Manual Moderno,

Bleichmar, H. (1994) Aportes para una reformulación de la teoría de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente. Revista Argentina de Psicología, 44, pp. 23-44.

Bleichmar N., Leiberman de Bleichmar C., Wikinski col.(1997). El Psicoanálisis después de Freud. México: Paidós.

Bloch, S., Crouch E. (1985) Therapeutic factors in group psychotherapy, Oxford: Oxford University Press.

Bion W.R, (1994). Experiencias en grupos, México: Paidós.

Brailowsky S., (1995). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología, México: F.C.E, colec. La ciencia desde México no. 130.

Broustra J. (1980) La Esquizofrenia, Barcelona: Herder.

Calvin S. Hall, (1994). Compendio de Psicología freudiana, México: Paidós.

Cameron (1996). The day hospital: and experimental form of hospitalization for psychiatric patients. Modern Hospital American Psychiatric Association, New York

Cameron N. A., (1990). Desarrollo y psicopatología de la personalidad, México: Trillas.

Campbell D, (1987). Diseños cuasexperimentales en la investigación social. Argentina: Amorrortu.

- Carmona R. (1971). La enfermedad mental en México, México: UNAM.
- Caso A. (1992). Fundamentos de Psiquiatría, México: Limusa.
- Coderch J. (1987). Psiquiatría dinámica, Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1987). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, Barcelona: Herder.
- Cohen J. Strunning J.R. (1996) Opinions about mental health in the personal of two large hospitals. U.S.A: Jour Abnor Soc Psych, 64, 349-360
- De Waelhens , (1972). La psychose, Oxford: Nawelaerts.
- Díaz M.R, Murrow E., Ortega H., Ramírez I., Rascón M., Valencia M., (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México: Salud Mental.
- Downie N. Heath R. (1986). Métodos estadísticos aplicados, México: Harla, quinta edición.
- Dunner D. L. (1995). Current Psychiatric Therapy, EUA: W. B. Saunders Co.
- Etchegoyen H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Argentina: Amorrortu, 1999 última reimpresión.
- Flaherty Channon D. (1991). Psiquiatría, diagnóstico y tratamiento, México, Panamericana.
- Freedman A. M. (1989). Tratado de psiquiatría, México. Salvat.

Freud Anna (1961). El Yo y los mecanismos de defensa Barcelona: Paidós, 1982 tercera reimpresión.

Freud Sigmund. (1938-1940). Esquema del Psicoanálisis, Argentina: Amorrortu Vol. XX.

(1923), El yo y el ello, Argentina: Amorrortu Vol. XIX.

(1923-1924), Neurosis y psicosis, Argentina: Amorrortu Vol. XIX.

(1924) Pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis, Argentina. Amorrortu. Vol. XIX.

Garnica P. R. (1995). Esquizofrenia: diagnóstico y tratamiento en la práctica médica, México: Psicofarma.

- (1998). Esquizofrenia: guía para los familiares del paciente, México: Piensa.

Gabbard, G.O. (1990). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: AmericanPsychiatryc Press.

Grinber L. y Col. (1972). Introducción a las ideas de Bion. Argentina: Nueva Visión.

Goldman H. (1987). Psiquiatría general., México: Manual Moderno.

González de Chávez, García O, (1992). Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia, España: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 42, pp. 242-251.

González de Rivera, J. L. (1990). La terapia multidimensional. México: Psiquis, 7, pp. 11-21.

- González de Rivera, J. L. (1993). El tratamiento de la psicosis: combinación de psicofármacos y psicoterapia. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 21 (3), pp. 83-89.
- Grotstein J. S., (1977). The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma; II: reconciliation, Int. J. Psycho Anal. 58, pp. 403-452.
- Guamer E. (1984). Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México: Porrúa 4ª edición.
- Hackett T. P. (1993). Handboock of General Hospital Psychiatry. México: P. S. G. Publishing Co.
- Hall C. S. (1994). Compendio de psicología freudiana, México: Paidós.
- Hinshelwood R. D. (1989). Diccionario del pensamiento kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hinshelwood, Robinson, Zarate. (1997). Melanie Klein para principiantes. Buenos Aires: Era naciente.
- Hollister L. E. (1998). Farmacología clínica de drogas Psicoterapéuticas. México: Panamericana.
- Jaspers K. (1996). Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kaplan H., Sadock B. (1999). Sinópsis de Psiquiatría. España: Panamericana.
- Kernberg O. F. (1984). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno.

Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. Int. Journal. Psycho-Anal., , 70 (1), pp. 65-79.

Kohut, H. (1977). Análisis del self, El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1990). ¿Cómo cura el análisis?, Buenos Aires: Paidós.

Leader D., Groves J, (1995). Lacan para principiantes. Buenos Aires: Era Naciente.

Leavin J. (1979). Fundamentos de Estadística en la investigación social. México: Harla.

López Ibor Juan José, Carbonell Carlos, Garrabé Jean. (2001). Anthology of Spanish Psychiatric Texts. Francia: World Psychiatric Association.

Luria A. R. (1990). Las funciones corticales superiores del hombre. México: Fontamara.

Mackinnon R. A., Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana.

Mcglashan T. H. Keats, C. J. (1989). Schizophrenia: treatment process and outcome. Washington: American Psychiatric Press.

Moizesowicz J. (1998), Psicofarmacología Psicodinámica IV. Argentina: Paidós cuarta edición.

Morales M. L. (1986). Psicometría aplicada. México: Trillas.

Muriel J. (1990). Hospitales de la Nueva España, fundaciones del s. XVI. México: UNAM y Cruz Roja Mexicana, tomo I, 2ª edición.

(1990). Hospitales de la Nueva España, fundaciones de los siglos XVII al XX. México: UNAM y Cruz Roja Mexicana, tomo II, 2ª edición.

Overall J.E. Gorham D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scal. Oxford: Psychological Reports.

Patíño J. L. (1989). Psiquiatría clínica. México: Salvat.

Padua J. (1979). Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. México: Fondo de Cultura Económica.

Pérez R. (1998). Breve historia de la psiquiatría. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Salin P. (1997). Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría. México: Mac Graw Hill – Interamericana.

Sarwer-Foner, G. L. (1989). Psychodynamic action of pharmacological drug and the Target Symptom versus the Antipsychotic approach to Psychopharmacologic Therapy; Thirty years later Ottawa: Univ. Ottawa Psychiatr. Journal. 14, pp. 268-278.

Secretaría de Salud. (1984). Ley Nacional de Salud. México.

Segal H. (1994). Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.

Shader R.I. (1993). Manual of Psychiatric Therapeutics. México: Trillas.

Snyder SH. (1984). Drugs and neurotransmitter receptors in the brain. Washington: in Science, 224, 22 – 31.

Stoudemire A. (1992). Principles of Medical Psychiatry. EUA: Grune & Stratton Inc.

Svedall G. (1990). Monoamines and schizophrenia. Acta psychiatr scand, suppl. 358 p. 7 –13

Tallaferro A. (1995). Curso básico de Psicoanálisis. México: Paidós.

Tapia R. (1987). Las células de la mente. México: F C E, colec. La ciencia desde México no. 30.

Tausk V. (1973). De la génesis del aparato de influir en los esquizofrénicos. París: C.N.R.S 1919, reedic.

Uriarte V. (1992). Psicofarmacología. México: Trillas.

Vallejo R. (1993). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. México: Salvat tercera edición.

Winnicott, D. W. (1975). La teoría paterno-filial. en D. W. Winnicott, El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia, pp. 41-63.

(1972). Papel y espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. Realidad y juego. Buenos Aires: Granica, pp. 147-155.

(1992). Sostén e interpretación. Buenos Aires: Paidós.

Yalom I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy. Nueva York: Basic Books, 3.ª edición.