

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA QUE PUEDEN ESTAR
RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA O
AUTOSUFICIENCIA EN UN CENTRO
HOSPITALARIO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ROMA RUBÍ GARCÍA GARCÍA

PRESIDENTE: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
LIC. RICARDO DÍAZ GUTIÉRREZ
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA

México,D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

*Dedicada a Mamá, Papá, Grecia y Francia
quienes siempre me brindaron su apoyo en el
camino que recorrí para llegar hasta aquí.*

*A mis amigos.. Gerardo,
Miriam y Julio quienes
comparten mi vida.*

*A Elda y Elvira quienes
recorrieron el camino de la
facultad conmigo*

*A mis profesores Leonardo y
Federico por enseñarme lo que
es el carácter.*

*A José Francisco el amor de
mi vida...*

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, a mis amigos y a mis profesores.

Al Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Coruña Hombres” quien me dio la oportunidad de trabajar mi proyecto.

A mi directora de tesis, la Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez, quien me brindó su tiempo y conocimientos.

A mis sinodales, Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona, Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez y Lic. Leticia Bustos de la Tijera que dedicaron tiempo en la revisión de esta tesis.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. BREVE HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA	9
1.1 Primeros conceptos.....	9
1.2 Kraepelin.....	10
1.3 Bleuler.....	12
1.4 Meyer.....	15
1.5 Freud.....	16
1.6 Jung.....	17
1.7 Sullivan.....	19
CAPITULO 2. QUE ES LA ESQUIZOFRENIA	22
2.1 Definición.....	22
2.2 Sintomatología general.....	23
2.2.1 Trastorno de la sensopercepción.....	23
2.2.2 Trastornos del pensamiento.....	24
2.2.3 Trastornos del lenguaje.....	25
2.2.4 Delusión.....	26
2.2.5 Trastornos de la afectividad.....	26
2.2.6 Trastornos conativomotores.....	26
2.2.7 Despersonalización.....	27
2.2.8 Manifestaciones somáticas.....	27
2.3 Tipos de esquizofrenia.....	28
2.4 Comienzo.....	30
2.4.1 Formas de comienzo insidioso.....	31
2.4.2 Formas de comienzo agudo.....	32
2.5 Curso y pronóstico.....	32
2.6 Diagnóstico.....	34
2.7 El paciente con esquizofrenia.....	35
2.7.1 Tiempo de Estancia en las Instituciones Psiquiátricas.....	38

2.7.2 Factores que se deben tomar en cuenta para la rehabilitación del paciente con esquizofrenia.....	39
CAPITULO 3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES SIMILARES	43
3.1 Investigaciones psicológicas que utilizaron técnicas psicométricas.....	43
3.1.1 Test de funcionamiento intelectual.....	43
3.1.2 Evaluaciones neuropsicológicas.....	44
3.2 Estudios relacionados con los familiares de los pacientes con esquizofrenia.....	48
CAPITULO 4. MÉTODO	50
4.1 Planteamiento del problema.....	50
4.2 Justificación.....	50
4.3 Objetivo General.....	51
4.4 Hipótesis.....	51
4.5 Definición conceptual y operacional de variables.....	53
4.6 Muestra.....	56
4.7 Escenario.....	56
4.8 Instrumentos.....	57
4.9 Tipo de estudio.....	59
4.10 Diseño estadístico.....	59
4.11 Procedimiento.....	59
CAPITULO 5. RESULTADOS	61
5.1 Descripción de la muestra.....	61
5.2 Análisis de la relación de datos.....	76
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	81
6.1 Limitaciones y sugerencias.....	91
6.1.1Cómo rehabilitar en unidades de larga estancia.....	91
6.1.2Condiciones que facilitan la eficacia de los programas de rehabilitación.....	93
REFERENCIAS	

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo y correlacional entre dos grupos de pacientes con esquizofrenia residentes del Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres”. Cada grupo conformado por 15 sujetos varones con un rango de edad de 21 a 70 años. Los sujetos del grupo *autosuficiente* cuentan con un trabajo remunerado o salen a visitar a sus familiares, y los del grupo *dependiente* permanecen todo el tiempo dentro del Centro sin ninguna actividad a realizar. Las variables que se compararon fueron el C.I., rasgos de personalidad, el nivel de enfermedad, edad, tipo de esquizofrenia, apoyo familiar, asistencia a psicoterapias y el tiempo de estancia en el Centro. Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el C.I., la asistencia a psicoterapias, el nivel de enfermedad y en un rasgo de personalidad. El grupo autosuficiente obtuvo mayor puntaje en C.I., su nivel de enfermedad se sitúa más próximo al diagnóstico de una persona sana, asistió a más sesiones psicoterapéuticas y es más animoso, mientras que el grupo dependiente puntúa menor C.I., se sitúa más próximo al diagnóstico de enfermedad y se muestra más depresivo, encontrándose al grupo autosuficiente como más funcional que el grupo dependiente.

Palabras clave: Esquizofrenia, Autosuficiente, Dependiente.

INTRODUCCIÓN

La presente Investigación se enfoca en realizar la comparación de algunas de las características que están presentes en pacientes con esquizofrenia residentes del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Coruña Hombres”, y averiguar por que algunos de estos pacientes son autosuficientes con respecto al Centro pues cuentan con un trabajo remunerado o salen a visitar a sus familiares, mientras que otros pacientes son totalmente dependientes del Centro ya que permanecen dentro de éste sin salir ni realizar ninguna actividad. Se realizó la evaluación de las características de Coeficiente Intelectual, personalidad, el nivel de salud/enfermedad, la edad, el tiempo de estancia dentro del Centro, la asistencia a psicoterapias y el apoyo familiar recibido.

El estudio de este tema es de especial interés, ya que el trabajar con personas diagnosticadas con esta patología da la oportunidad de observar el tipo de vida que llevan, tomando en cuenta que es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva al deterioro gradual de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales, sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato además de generar altos costos económicos para quien se hace cargo de ellos.

Una característica observada frecuentemente dentro de las Instituciones que atienden y trabajan con pacientes diagnosticados con esquizofrenia, es que dichos pacientes cuentan con una estructura psicológica que les impide llevar una vida totalmente independiente, lo que en muchas ocasiones es reforzado por un abandono familiar o un estatus socioeconómico bajo, impidiendo así, que puedan salir adelante, al mismo tiempo que nublan la posibilidad de integrarse de nuevo y de una manera adecuada al núcleo social al que pertenecen.

A pesar de lo anterior, actualmente se puede disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás, favoreciendo significativamente las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente, modificando en parte el pronóstico de este trastorno. Por otro lado el prejuicio existente respecto de la persona con esquizofrenia como “loca”, ha desaparecido en parte, y se destaca que esta enfermedad es una condición que incapacita de un modo variable algunos aspectos de la vida de la persona y que, por lo tanto, es posible establecer estrategias para superar esas limitaciones.

De esta manera, al averiguar las particularidades que presentan los pacientes que residentes del CAIS “Coruña Hombres”, se obtendrá información para poder estructurar mejores planes de tratamiento para este tipo de pacientes. De esta manera se les podrá proporcionar más oportunidades de mejorar su calidad de vida y en el mejor de los casos lograrán obtener los recursos para que puedan valerse por si mismos dejando de ser totalmente dependientes de una Institución. Así también, el poder ayudar para que los pacientes con esquizofrenia puedan ser más autosuficientes sería favorable para cualquier Institución Psiquiátrica, que comúnmente, cuentan con un gran número de pacientes que presentan esta patología lo cual representa grandes costos económicos durante todo el tiempo que permanecen internados dentro de la Institución.

La presente Investigación se conforma por seis capítulos; el primero trata de una breve historia de la Esquizofrenia, de cómo surgió el concepto y como fue evolucionando hasta nuestros días explicado por algunos autores. El segundo trata de la esquizofrenia como tal, sus síntomas, clasificaciones y otras características. El tercer capítulo trata de investigaciones relacionadas con la esquizofrenia, aunque no iguales pero en algunos puntos similares a la presente. El cuarto capítulo es el método de la investigación. El quinto capítulo los resultados de dicha investigación y el sexto capítulo las discusiones y conclusiones.

CAPÍTULO 1

BREVE HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Este capítulo tratará algunos de los conceptos psicológicos de la esquizofrenia postulados por diversos autores que contribuyeron a la evolución de la esquizofrenia hasta como la conocemos en estos días: Kraepelin, Bleuler, Meyer, Freud, Jung y Sullivan.

Estos autores han ampliado nuestra comprensión de la esquizofrenia con sus estudios en el terreno psicológico. Algunos de ellos partieron desde un punto de vista orgánico, otros al contrario desde el punto de vista psicológico, pero ambos estableciendo teorías que fueron evolucionando hasta nuestros días

1.1 Primeros conceptos

En 1860, Morel, utiliza por primera vez el término *demencia precoz* en un adolescente de 14 años, el cual había sido considerado como un alumno brillante y repentinamente pierde su alegría para volverse serio, taciturno y con tendencia a la soledad, al odio, incluso a su propio padre, siendo éste un cuadro progresivo. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse junto con la debilidad mental entre las variantes de la degeneración intelectual, física y moral, que resultan de factores hereditarios.

Posterior a Morel, en 1871, Hecker describió la *hebefrenia*, "los riesgos característicos de la hebefrenia son principalmente: su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición cambiante (melancolía, manía, confusión), la rápida evolución del padecimiento, que termina en un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde las primeras etapas de la enfermedad", describiéndola como una enfermedad progresiva de la pubertad y adolescencia.

Continuando con el desarrollo del concepto de demencia precoz, Kahlbaum, en 1874, describe la *catatonía* o "locura de tensión" refiriéndola como "un estado en el cual el paciente se sienta calladamente, o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar su posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una voluntad aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales, y algunas veces con una flexibilidad cérica completa, igual que en la catalepsia", por lo que supuso que la catatonía era el síntoma de una enfermedad de las estructuras cerebrales.

El caso de la *paranoia* merece una mención especial, siendo este término utilizado por primera vez en la medicina por Vogel en el siglo XVIII. Posteriormente, Heinroth utilizó el término para designar a las psicosis que afectaban la inteligencia, distinguiéndola de aquellas que alteraban el afecto, como la manía y la melancolía. Sin embargo, la paranoia seguía refiriéndose a la enfermedad mental en un sentido inespecífico por lo que no podría pensarse entonces que designara a un cuadro clínico preciso. Un avance más fue reconocer que ésta afectaba a la inteligencia pero no porque la disminuyera, como en el caso de la demencia, sino que la desviaba. A mediados del siglo XIX, se tenía suficiente claridad en cuanto a considerar a la paranoia como una enfermedad no deteriorante que cursaba con ideas delirantes, ajena, también a otras patologías conocidas. Finalmente, se reconoce a Sander como el autor de la definición y especificación de la enfermedad y al año de 1868 como el de su comunicación trascendental.

1.2 Kraepelin

Emilio Kraepelin utilizó el concepto de demencia precoz establecido por Morel, fue el primer psiquiatra que diferenció esta demencia de otras patologías en un conjunto de pacientes mentales internados. En donde se supone que un estado de demencia seguiría pronto al comienzo de la enfermedad.

Después de haber explorado y observado miles de pacientes, Kraepelin pudo discernir las características comunes de estos casos, aparentemente similares.

La característica que más impresión le causó fue la tendencia progresiva hacia un estado de demencia. Los demás pacientes que no presentaban esta tendencia, como los maniaco-depresivos, quedan separados del grupo precoz, y calificados como afectos de otros síntomas diferenciales. Empleando este método, Kraepelin pudo diferenciar y definir como demencia precoz una sintomatología que consiste en alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo con integridad relativa del sensorio.

Una vez definido este síndrome, Kraepelin trató de dar una descripción lo más exacta posible. Su monografía "*Dementia praecox y Parafrenia*" sigue siendo la más perfecta descripción de los síntomas esquizofrénicos. Dividió a los pacientes en tres grupos: hebefrénico, catatónico y paranóico. Más tarde aceptó la diferenciación de un cuarto tipo, el de simple. Separó también de la demencia precoz una entidad nosológica nueva, la *parafrenia*, en donde a pesar de la progresión de la enfermedad no existe decadencia de la personalidad. En cuanto a la etiología, Kraepelin considera la demencia precoz como una enfermedad endógena. Al principio pensó que era debido a una patología orgánica del cerebro; más tarde se inclinó hacia un posible trastorno metabólico.

Hoy día no se pueden negar los defectos de los conceptos acerca de la demencia precoz de Kraepelin. El primer lugar como el mismo admitió, todos los casos de demencia precoz no terminan en demencia, ya que algunos parecen recuperarse por completo. En segundo lugar, este punto de vista, finalista, es incompatible con el método científico que buscan las causas, no los efectos.

Kraepelin parece considerar al paciente como un ser separado o que ha de aislarse de la sociedad: no se le ocurrió jamás pensar que la esquizofrenia pudiera haber sido influida por fuerzas sociales o incluso ser un producto de la sociedad. Aunque su concepto fundamental se basó en la consecuencia, o sea, es un concepto temporal, no da una visión longitudinal del paciente, a excepción de repetir el hecho de que éste decae progresivamente para llegar a

un estado de ideocía, no vemos en las descripciones de Kraepelin etapas diferentes o algún movimiento real, ni siquiera hacia la regresión. Se ve siempre al paciente en un corte transversal.

Muchas veces se ha dicho que Kraepelin siempre se ocupó más en la estructura de los fenómenos psíquicos que en el contenido, también que le interesaba más como piensa el paciente, no que es lo que piensa. Sin duda no le preocupaba la importancia psicológica del contenido de los pensamientos, ni la estructura real de estos. Una mera descripción de los síntomas no representa una comprensión estructural.

1.3 Bleuler

Eugenio Bleuler, psiquiatra suizo, aceptó muchos de los conceptos de Kraepelin, revisándolos y revitalizándolos, intento rebasar el límite puramente descriptivo, aunque no con mucho éxito. Una etapa de gran trascendencia en la historia de la demencia precoz fue iniciada por Bleuler en 1911, quien propuso el término de *esquizofrenia*, lo cual, traducido literalmente significa "mente dividida", mencionando que una de las características más llamativas es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas, y no tanto la progresión hacia un estado demente. (Bellak, 1962).

Bleuler clasificó los síntomas de esquizofrenia en dos clases: 1) los grupos de síntomas fundamentales y accesorios y, 2) los grupos de síntomas primarios y secundarios. Los síntomas fundamentales no son necesariamente primarios; son los que están presentes hasta cierto punto en todos los casos de esquizofrenia, latente o manifiesta. Los síntomas accesorios son aquellos que pueden o no presentarse. Entre los fundamentales, Bleuler incluyó el trastorno del proceso de asociación, ya que lo consideró como la característica más importante de la esquizofrenia y, además una forma particular del pensamiento y de la conducta que llamó *autismo*. Entre los síntomas accesorios incluyó las manifestaciones agudas de las psicosis, como ilusiones, alucinaciones, posturas catatónicas, etc. Los síntomas primarios son aquellos que están directamente relacionados con el proceso de la enfermedad. El más importante

es el desorden de la asociación. Los síntomas secundarios se producen por una combinación de la acción de los síntomas primarios y de la de los factores psicogenéticos.

Las aportaciones más importantes de Bleuler fueron las que estaban relacionadas con su estudio del proceso de asociación y trastornos de la vida afectiva, los conceptos de autismo, ambivalencia y su interpretación del negativismo.

En la palabra *ambivalencia*, Bleuler comprende la presencia simultánea de los sentimientos opuestos para el mismo objeto. Encontró este síntoma en todos los esquizofrénicos y creyó que su forma más ostensible era inherente al negativismo catatónico. (Bellak, 1962).

El trastorno afectivo que se presenta en la esquizofrenia sería secundario, no primario. Bleuler notó que cuando los complejos de los pacientes eran complicados, los sentimientos de ellos eran normales o incluso exagerados. También observó que los pacientes que parecían por completo apáticos, podían recuperarse parcial o totalmente. La aparente pérdida de afecto lo consideró debido a una represión.

El concepto de autismo lo utilizó para referirse a cierta tendencia a desviarse de la realidad, acompañada de una manera especial de pensar. El paciente autista tiende a vivir en un mundo de fantasía en el que utiliza constantemente la simbolización. Este pensar no obedece a leyes lógicas o a la realidad.

El desorden en el proceso de asociación, según Bleuler, concierne a cada uno de los aspectos de la esquizofrenia. En los procesos del pensamiento puede variar desde un máximo, que corresponde a una incoherencia completa, a un mínimo que apenas se percibe. Bleuler describe con exactitud los diferentes grados de este desorden asociativo y síntomas con él relacionados, tales como bloqueo, ilusiones, errores lógicos, etc., pero no pudo deducir ningún mecanismo formal básico y subyacente. Se limitó a decir, que estos síntomas eran el resultado de una desunión de las asociaciones. Aceptó los mecanismos

de Freud, consideró el bloqueo como una exageración de la represión. Percibió que los complejos psicológicos puedan desarrollar las combinaciones de ideas en una forma condensada y grotesca. Admitió el simbolismo de Freud para explicar alucinaciones e ilusiones, pero mantenía la opinión de que no era suficiente con los procesos dinámicos para explicarlo todo.

Por otra parte, ya que no pudo explicar todo por el mecanismo freudiano, no pudo apartar la idea de que la esquizofrenia pudiese ser debida a una enfermedad orgánica subyacente. Menciona la posibilidad de que causas mentales produzcan los síntomas pero no la enfermedad. Indica que el proceso de la enfermedad puede ser debido a alguna especie de toxina. De manera que Bleuler expone la idea de que la esquizofrenia es un trastorno psicógeno, y sin embargo no puede descartar la idea de que su origen pudiera ser orgánico. (Bellak, 1962).

Así podemos resumir la aportación de Bleuler de la siguiente forma:

1. Consideró el síndrome esquizofrénico no como una progresión hacia la demencia, sino como una situación particular caracterizada principalmente por el trastorno de la asociación y por el desdoblamiento de las funciones básicas de la personalidad.
2. Amplió los límites de lo que se debía incluir en este síndrome.
3. Diferenció un nuevo subtipo: el tipo simple.
4. Destaca que en la esquizofrenia no falta la afectividad y que tiene más importancia de lo que pensó.
5. Intenta no solo describir, sino también explicar los síntomas. Respecto a su contenido psicológico acepta las ideas de Freud. En cuanto al punto de vista formal, sus esfuerzos no han tenido éxito.
6. Aporta a la Psiquiatría los conceptos del pensamiento autista y de ambivalencia.
7. Enriquece la terminología psiquiátrica al inventar las siguientes palabras aceptadas: esquizofrenia, autismo y ambivalencia.

1.4 Meyer

Adolfo Meyer, médico suizo que desde el principio de su carrera se enfocó al estudio de la esquizofrenia, no le satisfizo el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia precoz.

Meyer proclamó que debería estudiarse al paciente en sentido “longitudinal”; desde el comienzo de la vida deberían ser investigados y examinados. Todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental. Así, mencionó que la demencia precoz era el resultado de una acumulación de desórdenes habituales o hábitos faltos de reacción. El individuo que incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encargarse de fracaso tras fracaso, puede tender hacia lo que Meyer llamó *reacciones sustitutivas*. Al principio, estas nuevas costumbres parecen como “*subterfugios triviales e inofensivos*”, como son las fantasía diurnas, la meditación, el decremento de interés, etc.; pero más tarde se vuelven dañinas, ingobernables, y tienden a asumir mecanismos definidos, como alucinaciones, ilusiones, bloqueo, etc. Estos mecanismos anormales, según Meyer, son en parte evidentes como constituciones para el “ajuste a las dificultades concretas del momento”. También consideró que se podían calificar los hechos principales que aparecen en el historial de la mayoría de los casos, como una “cadena natural de causa y efecto”. Comprendió la demencia precoz como el resultado de: 1) conflicto de instintos, o conflictos de complejos de experiencias; y 2) incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo (Bellak, 1962).

Su mayor mérito consiste en haber reafirmado la importancia de los factores mentales o psicológicos en la etiología de la esquizofrenia. Sin embargo, las formulaciones de Meyer permanecen vagas e inadecuadas al explicar características específicas de la esquizofrenia. La acumulación de hábitos erróneos y de repetidos fracasos puede indicar alguna anomalía preexistente, ya sea orgánica o ambiental. Explica que la progresión del deterioro de hábitos es causado por la sustitución gradual del material inferior y pervertido. Por fin,

la perversión es tan grande, que se convierten en perfectos síntomas esquizofrénicos.

Sin duda la búsqueda sobre la esquizofrenia latente en los psiconeuróticos ha permitido el diagnóstico precoz de muchos esquizofrénicos. Sin embargo, esta tendencia resulta desalentadora a efectuar un acceso psicoterapéutico.

1.5 Freud

Sigmund Freud, Psiquiatra de origen austriaco, describe en uno de sus primeros trabajos psicoanalíticos como las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias. El ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito. La idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

En la paranoia y en la demencia precoz, Freud ve una huída de la libido del mundo exterior. Así, que las ilusiones de catástrofe de magnitud cósmica, como la experiencia del “fin del mundo”, que se encuentran con frecuencia en estos pacientes son interpretados por Freud como retirada de la libido. Las cosas se tornan indiferentes o irrelevantes y pueden parecer devastadas o disipadas. Se interpreta la formación de la ilusión como un intento de recuperación, un proceso de reconstrucción como un método utilizado para recuperar una relación, aunque falseada con el mundo.

En 1914, Freud publicó otro trabajo sobre narcisismo explicando la teoría sobre la libido a la interpretación de la esquizofrenia. Se aparta la libido y se dirige al yo, originando una situación que se denomina *narcisismo*. Toda la carga afectiva que estaba concentrada sobre los objetos externos se aparta y se deposita en el paciente mismo, que se convierte en un megalómano. La retirada de la libido causa la pérdida de la función normal de poder apreciar la realidad. La libido puede retirarse a uno o más puntos de fijación, correspondientes a varias etapas regresivas. (Bellak, 1962).

Freud dice que el inconsciente disminuye en extensión en la esquizofrenia, como consecuencia de una regresión parcial a la consecuencia de lo que en general esta reprimido en psiconeurosis y condiciones normales. Freud aplica de un modo negativo el concepto de transferencia en la esquizofrenia. Según él, toda la libido se aparta de los objetos externos y, por tanto, no hay transferencia ni enlace con el analista. El resultado es que el paciente apenas es accesible a un tratamiento analítico.

Freud fue el primer autor que consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos. También fue el primero en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta situación. También explicó con éxito los aspectos formales de diversos síntomas, tales como las proyecciones. Su concepto de regresión seguirá siendo fundamental en el campo de la esquizofrenia. Sin embargo, la excesiva importancia que dio a las frustraciones sexuales como causa de regresiones, no le permitió prestar suficiente consideración a la totalidad de las relaciones interpersonales del paciente ya que las manifestaciones sexuales son únicamente un aspecto de ellas.

1.6 Jung

Carlos G. Jung comprendió que las ilusiones, alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos, eran debidos a la actividad del complejo autónomo que no podía estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. En este complejo autónomo existían una serie de ideas apartadas de la conciencia que mantenían una existencia más o menos independiente, con una gran carga emocional y que los mecanismos de defensa que las aislaban eran los mismos que los descritos por Freud en pacientes histéricos.

Criticó las teorías que interpretaban la aparente incongruencia entre las funciones ideativas y afectivas de la persona con esquizofrenia como debida a ataxia psíquica. Él pensó que el complejo histrógeno causa manifestaciones que son reparables, mientras que los efectos de la demencia precoz no lo son. También creía que el trastorno emocional en la demencia precoz posiblemente

engendra un metabolismo anormal o toxina que daña el cerebro de manera más o menos irreparable, de forma que quedan paralizadas las más elevadas funciones psíquicas.

Así que Jung es el primer autor que concibe la posibilidad de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia. Según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico; al contrario; el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro. Por primera vez se considera al sistema nervioso como víctima de un trastorno psicosomático.

En 1908 enunció que algún factor desconocido de predisposición puede producir una función psicológica no adaptable que puede convertirse en un trastorno mental manifiesto. A su vez, el trastorno mental puede determinar degeneración con su propia progresión de los síntomas. También menciona que hay pruebas preponderantes que desde los días de la infancia existe un fallo psicológico primario en la función. Igualmente añadió que los casos limítrofes de demencia precoz habían sido recuperados a la vida normal con tratamiento analítico. En 1913 comprendió que si en la Histeria se encuentra siempre una “personalidad extrovertida”, denominación suya, con emotividad exagerada y energía psíquica dirigida en sentido centrífugo, es decir, hacia el ambiente, en la demencia precoz ocurre lo opuesto. En el último caso la energía psíquica es centrípeta, o sea, dirigida desde el ambiente hacia el ser; la emotividad está disminuida, el total de la personalidad es lo que él llama, “introvertida”. (Bellak, 1962).

Otro concepto importante en su interpretación de la esquizofrenia, fue su hipótesis del inconsciente colectivo. Quedó muy impresionado por la similitud de los mitos del mundo entero, a pesar de diferencias geográficas, históricas y raciales. Explica esta semejanza como la manifestación del inconsciente general o colectivo que almacena las imágenes primordiales o arquetipos que han sido depositados en él, como resultado de numerosas recurrencias de situaciones idénticas. Jung creía que no era suficiente con interpretar los síntomas del paciente, como hizo Freud, de la información derivada de la historia personal detallada del enfermo, sino que había que ir más lejos.

Las contribuciones más importantes de Jung para el estudio de la esquizofrenia se resumen en los siguientes puntos:

1. Fue el primero en aplicar por completo los conceptos psicoanalíticos a la esquizofrenia. Describió la existencia del complejo autóctono en esta situación y percibió que la afectividad era la fuerza dinámica del complejo.
2. Fue el primero en ver la posibilidad de participación psicosomática del sistema nervioso central en la esquizofrenia, aunque no formulase su concepto con estas mismas palabras.
3. Trató de hacer una descripción de la personalidad básica del esquizofrénico, identificándola con el tipo introvertido, en contraposición a la personalidad del histérico, que identificó con el tipo extrovertido.
4. Adelantó la teoría del inconsciente colectivo. Según este autor, muchos síntomas de la esquizofrenia son la reproducción de arquetipos depositados en el inconsciente colectivo.
5. Jung pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza no habitual, parece reafirmar la importancia de los factores congénitos, disminuyendo en gran manera la importancia que tienen los factores ambientales o las fuerzas interpersonales.

1.7 Sullivan

Harry Stack Sullivan es el psicoanalista americano que aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia. En su primer trabajo sobre la esquizofrenia, publicado en 1934. Sullivan hace constar que los fundamentos de este trastorno son pluralísticos, pero que ha aceptado particularmente tres conceptos en la interpretación de sus datos. El primero es el *postulado del inconsciente* como fue formulado por Freud. El segundo es *la hipótesis teleológica vitalista* (concepto de Nunn de la energía) El tercero es *la hipótesis genética de la estructura mental y funciones que explican una secuencia vital de la experiencia*. (Bellak, 1962).

Así también menciona que el trastorno es de tal forma, que se reconoce la experiencia total del individuo. Confirma las concepciones de funciones primitivas del pensamiento, e incluso existe una profunda alteración de los sentimientos de la propia estimación. Trata de explicar la sintomatología de la esquizofrenia como un regreso a funciones mentales exclusivamente infantiles o fetales.

En 1925 Sullivan expone que la compleja etiología de este trastorno había culminado invariablemente en una situación en que la adecuación sexual del individuo, según sus ideas, era insatisfactoria. En 1929, después de estudiar a pacientes esquizofrénicos concluye que hay que estudiar al esquizofrénico en su personalidad total. Los factores prenatales y ambientales de la infancia son muy importantes. Hace hincapié sobre la particularidad de los padres de los esquizofrénicos e indica que los psiquiatras han observado generalmente que no pueden obtener por parte de enfermo un historial favorable de la madre. Sullivan considera la esquizofrenia como una enfermedad que se caracteriza por:

- a) “Preponderancia regresiva” en la vida fantástica implícita.
- b) “Preponderancia regresiva” de la actividad irracional patente, como la conducta mágica o ritual.
- c) “Preponderancia extraordinaria” de motivaciones que, por lo general, solo en ocasiones reciben expresión.

Seguidamente expone que este concepto de la esquizofrenia implica una visión genético-evolutiva y elimina todas las consideraciones respecto a la duración del proceso y a su resultado. Según Sullivan, lo fundamental es el problema de la motivación. En la historia de cada uno de los casos que estudió encontró siempre un punto donde había ocurrido “una catástrofe en la propia estimación”. Este acontecimiento había sido experimentado por el paciente con frecuencia como un estado de *pánico*. (Bellak, 1962).

En todos los trabajos de Sullivan, considera al paciente no como una muestra clínica, sino como una persona que no puede relacionarse con los demás seres

humanos sin fuerte lucha. Una vez examinado y tratado, el paciente ya no esta solo en su mundo subjetivo.

Resumiendo las aportaciones de Sullivan en el campo de la esquizofrenia se puede decir:

1. Demostró que la esquizofrenia, como cualquier otra situación psiquiátrica, es causada por relaciones interpersonales deficientes, en especial por las relaciones entre padres e hijos. Así abrió nuevos panoramas e incluyó la Psiquiatría en el dominio de las ciencias sociales.
2. Más que otro cualquiera de sus contemporáneos, Sullivan comprendió que se podía tratar la esquizofrenia por medios psicoterapéuticos. Hizo del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia la obra capital de su vida.

Después de conocer brevemente la historia de la aparición del término esquizofrenia, nos damos cuenta de que no fue tarea sencilla llegar al agrupamiento de los diversos síndromes descritos en un principio y tras la ordenación bleuleriana del concepto de esta enfermedad, la idea de los tipos clínicos adquirió cierta estabilidad, conservándola hasta tiempos muy recientes. Los tipos clínicos y la idea que se tiene de estos se ha modificado con el paso de los años, pero lo que se ha mantenido constante es la impresión de que la esquizofrenia es un padecimiento heterogéneo, con cierto número de síntomas compartidos entre los diversos tipos clínicos pero que a cada tipo clínico se agregan otros síntomas que los hacen diferenciarse, formando un gran árbol con un tronco común.

CAPÍTULO 2

¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

2.1 Definición

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). (DSM-IV, 1995).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: "La Esquizofrenia es un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada".

La esquizofrenia se define como una alteración en el funcionamiento cerebral. El cerebro contiene miles de millones de neuronas, o células nerviosas, cada neurona tiene ramificaciones o terminales que transmiten y reciben mensajes de otras neuronas. Estas terminales producen sustancias químicas llamadas neurotransmisores, que llevan los mensajes de la punta de una terminal hasta la punta de la otra. En el cerebro de los pacientes con esquizofrenia, existe una alteración en este sistema de comunicación. (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2006)

Esquizofrenia, denominación común para un grupo de trastornos mentales con variada sintomatología. En sentido literal, esquizofrenia significa "mente dividida", sin embargo, a pesar de la concepción popular que se tiene de este trastorno, no siempre se produce una disociación de la personalidad. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más debilitantes y

desconcertantes. Define un grupo de trastornos que producen distorsión en los pensamientos y en la percepción. Los pensamientos parecen estar mezclados o cambian bruscamente de un tema a otro. La percepción puede distorsionarse más allá de la realidad, haciendo que las personas oigan o vean cosas que no están allí.

2.2 Sintomatología general

Carl Schneider (1925), creyó encontrar una unidad de las manifestaciones formales en todos los procesos psíquicos del esquizofrénico en los que cabe descubrir la consumación de un cambio. Cuando este se presenta, se trata de una esquizofrenia. Carl Schneider distinguió tres grandes grupos de síntomas que aunque puedan combinarse mantienen su individualidad:

1. Grupo sintomático del pensamiento intervenido: sustracción del pensamiento, influencia del pensamiento, interceptaciones, vivencias de lo “fabricado”, deslices lingüísticos, perplejidad, vivencias religiosas y acerca de la concepción del mundo.
2. Grupo sintomático de lo saltígrado: pensamiento saltígrado, parálisis de los afectos y pobreza de impulsos, disminución de los sentimientos de tristeza y alegría, estados de angustia, cólera, llanto y desesperación, trastornos de los sentimientos corporales y de la autoscopia, alucinaciones físicas.
3. Grupo sintomático de los embolismático: vivencias delusivas primarias, disgregación, afectividad inadecuada, falta de interés por las cosas y valores objetivos, impulsos parabólicos. (Schneider, 1925, citado en Colodrón, 1990).

1.2.1 Trastorno de la sensopercepción

Relacionados íntimamente con los trastornos del pensamiento, las alteraciones de la sensopercepción se producen sobre un fondo de conciencia clara. (Bumke, citado en Colodron, 1990) dice que a menudo hay dificultad en decidir si lo que el paciente relata fue percibido o pensado. *“Oyen una voz, más no la*

oyen con el oído, si no que la comprenden en su mente, ven imágenes que son únicamente pensamientos o ilusiones visuales y sienten hachazos en la cabeza, con los cuales designan una violenta variación de su pensar”. Las voces formulan todos los impulsos y temores del paciente y su relación alterada con el mundo exterior (Bleuler, 1911, citado en Colodron, 1990).

Son también frecuentes las pseudopercepciones auditivas menos organizadas, fonemas, frente a las que suele existir una acentuada hiperestesia, Crujidos, aullidos, gritos y susurros, todos los ruidos imaginables, que adquieren especial tonalidad y a veces intensidad insoportable, por lo que son pésimamente sobrellevados. Con el progreso de la enfermedad el paciente acaba por acostumbrarse a ellos. Solo en los enfermos agudos con enturbamiento de conciencia y excepcionalmente en paranoides muy crónicos se encuentran verdaderas alucinaciones visuales.

Las pseudopercepciones gustativas y olfatorias, muy simples no tienen caracteres peculiares y, solo con dificultad se limitan frente a las interpretaciones delusivas. Las pseudopercepciones táctiles inhabituales, tienen un carácter pasivo: el paciente cree que algo o alguien lo toca. Las pseudopercepciones cenestésicas acompañan sobre todo a las formas paranoides y parafrénicas. La cenestesia soporta el entramado de la personalidad y regula el tono afectivo. Los pacientes sienten que los queman, que los pinchan o los roen de la piel.

En las alucinaciones motrices o musculares, descritas por Framer a finales del siglo pasada, los pacientes se sienten levitar o, por el contrario muy pesados.

2.2.2 Trastornos del pensamiento

Se considera lo más genuino de la enfermedad. Todo es impreciso, indefinido, vago, raro. El habla parece carecer de iniciativa. No conecta las funciones elevadas lógico abstractas. En ocasiones el discurso queda súbitamente interrumpido, en forma transitoria, sin que sea posible retomar la idea en curso.

Otras veces las ideas se acumulan con tal rapidez y desorden que no alcanzan a expresarse. (Colodrón, 1990).

Gedankendraengen (citado en Colodron, 1990) dice que el pensamiento agalopado guarda estrechas relaciones con las anomalías psicomotoras y emparenta, a su vez, por su origen, con el bloqueo del pensamiento. Los pensamientos desordenados se agalopan en la conciencia e impulsan a un hablar atosigado. Si el trastorno progresa en un orden cuantitativo, el lenguaje no alcanza a dar salida a la gran cantidad de material que se acumula y en consecuencia, el sujeto enmudece.

2.2.3 Trastornos del lenguaje

Atendiendo el modo en que el esquizofrénico crea el lenguaje significativamente psicótico, Gruhle señaló tres caminos:

- a) El paciente esquizofrénico vivencia sentimientos y sensaciones corporales de singular especie para cuya denominación, por carecer de voces adecuadas, se ve obligado a inventar neologismos.
- b) Las alucinaciones verbales ofrecen un material sin relación alguna con el discurso presente que impele a dialogar con las voces o a defenderse de ellas con exclamaciones que se tornan audibles.
- c) El lenguaje del paciente esquizofrénico se plaga de palabras misteriosas, de significaciones ocultas y propias.

A veces los pacientes tienden a responder sólo por escrito, exhiben una sonrisa necia al relatar episodios dramáticos o cambian por momentos el tono y la fuerza de la voz. No obstante las verbalizaciones del enfermo son básicamente normales, pero incluso detrás de esa normalidad hay algo extraño en la mímica, en la entonación de la frase, en la emotividad que comunica. (Colodrón, 1990).

2.2.4 Delusión

La delusión irrumpe en una conciencia clara de manera que hay pérdida del contacto con la realidad. Son muy ricas en contenido, siempre ilógicas destacan por su frecuencia las delusiones de transitivismo, persecución, invención, misticismo y religiosidad, vivencias del fin del mundo, especulaciones metafísicas, transformación sexual, grandeza, humildad, todo cuanto se desea o teme.

Deludir constituye el resultado de elaborar mecanismos adaptativos con que manejar las vivencias de la ruptura psicótica. La delusión cristaliza en función de experiencias afectivas intensas y con ella disminuye la tensión disfórica.

2.2.5 Trastornos de la afectividad

Kraepelin dijo que el embotamiento afectivo y la indiferencia son el eje del trastorno de la personalidad esquizofrénica. No obstante Bleuler advirtió que al comienzo se observa hipersensibilidad. Hay un cambio profundo en la calidad de las valencias afectivas, una traslocación en la jerarquía de valores simultánea con el trastorno conjunto de toda la personalidad y con el cambio del mundo de significaciones.

Los afectos confusos, densos, y enigmáticos, provocan sobre todo en las etapas iniciales, una indeterminación electiva llena de dudas y vacilaciones que acaba por aceptarse como norma y en la que se funden voliciones contrapuestas. (Colodrón, 1990).

2.2.6 Trastornos conativomotores

Por su peculiaridad, definen la forma clínica catatónica. La acinesia, el estupor, el negativismo, la obediencia automática, estereotipias, verbigeraciones, etc. Se pueden presentar en diferente grado de intensidad y de duración.

Corresponden al empobrecimiento motor del catatónico las estereotipias posturales, esto es, la adopción de posturas extrañas en las que puede permanecer horas o día. Klaesi (citado en Colodrón, 1990) dice que en ocasiones estas estereotipias dan la impresión de encerrar algún sentido y, en algunos casos, corresponden simbólicamente a alucinaciones. Las estereotipias de movimiento consisten en la repetición de actos elementales, a veces de modo incesante.

El negativismo comporta un conjunto de acciones con la nota común de producirse en sentido contrario al que cabría esperar de la situación. También está el fenómeno de obediencia inmediata donde el paciente ejecuta mecánicamente órdenes sencillas que incluso van en contra de su voluntad. La excitación catatónica corresponde a una agitación furiosa para después caer en un estupor que puede extenderse de por vida. El paciente salta bruscamente de la cama, rompe cuanto alcanza, se mueve de aquí para allá, agrede a quien alcanza. Más tarde vuelve al estupor como si nada hubiera sucedido.

2.2.7 Despersonalización

Se traduce en sentimientos de extrañeza y pérdida de la libertad personal. (Janet, 1904, citado en Colodrón, 1990). Los enfermos experimentan sensaciones de irrealidad o ensoñación, extrañeza frente a los suyos, nada les agrada ni satisface, se tornan olvidadizos, poco capaces de pensar, parecen buscar trabajosamente las ideas. Se quejan de apatía, vaciedad e indecisión, de sentirse internamente como muertos, de sorpresa frente a todo lo que forma parte de su habitualidad, de desdoblamiento. Un paso más allá y sienten que “su” pensamiento ya no es “suyo”, que hablan en ellos, que les hacen actuar. Así se traspasa la barrera de lo manifestantemente psicótico; la esquizofrenia está, llana y enteramente constituida.

2.2.8 Manifestaciones somáticas

Se presentan disfunciones de prácticamente la totalidad del organismo: metabólicas, sanguíneas, ponderales del ciclo menstrual, de la capacidad

sexual, intestinales, vasomotoras, neurológicas. Movimientos involuntarios de la cara, boca y hombros (Colodrón, 1990).

2.3 Tipos de esquizofrenia

Esquizofrenia paranoide: La característica principal de este subtipo de esquizofrenia es la presencia clara de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, conservando las capacidades mentales y afectivas.

Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, aunque también pueden presentarse con otra temática como celos, religiosidad. Es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el tema del delirio en cuestión. Lo más frecuente es que el sujeto sufra de ideaciones delirantes de perjuicio, en las que se incluyen las alucinaciones auditivas. Normalmente, las voces tienen un matiz de crítica, amenaza o reproche. La excepción en estos casos es el delirio místico-erótico, en el que la alucinación toma un tono totalmente opuesto.

Los síntomas asociados son ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede mostrar aires de superioridad, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las relaciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden provocar en el sujeto conductas agresivas hacia sí mismo (suicidas) o hacia los demás. Algunos estudios sugieren que el pronóstico de este subtipo de esquizofrenia es considerablemente mejor en lo que respecta a la vida laboral y la capacidad de vivir de forma independiente.

Dos criterios para el diagnóstico:

- 1) Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- 2) No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada

Es el tipo de esquizofrenia más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro. Se puede presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

Esquizofrenia catatónica: predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo, en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas.

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneiroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de uno de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de

resistencia).

e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).

f) Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior)

g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica: predomina un afecto absurdo, no apropiado. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebéfrenicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias, etc).

Esquizofrenia indiferenciada: es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las otras anteriores.

Esquizofrenia residual: en estos casos debe haber ocurrido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, aunque actualmente no haya síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

2.4 Comienzo

Con mucha frecuencia, la aparición de síntomas ostensibles va precedida durante varios años de alteraciones en el comportamiento que sólo con el

tiempo pueden entenderse en su pleno sentido. Más raramente, el comienzo sorprende por su aparatosidad. Entre uno y otro extremo caben todas las gradaciones pero se diferencian formas de comienzo insidioso y formas de comienzo agudo.

2.4.1 Formas de comienzo insidioso

Su reconocimiento ofrece notables dificultades; incluso los familiares que conviven más directamente con el enfermo apenas aciertan, primero a observar la anormalidad de unas actitudes y conductas; después, a calibrarlas como manifestaciones patológicas.

Son muy frecuentes, y a veces preceden en años la aparición de otros síntomas, delusiones de autorreferencia en las que la desconfianza, la ansiedad y la incertidumbre causan frecuentes conflictos que aumentan, por retroacción, la angustia e inseguridad.

Los trastornos del pensamiento dominan de una forma muy llamativa el cuadro. Nada característicos, solapados y sutiles, muchas veces se observan con dificultad. Se habla del trastorno del pensamiento en cuanto a alteración del propio proceso del pensar, no de la calidad de juicios que el pensamiento produce. Más notables al enfrentar exigencias fuertes (estudio, trabajo intenso, etc.) aparecen cada vez menos en situaciones de menor demanda. Al principio no se observan en las relaciones con otros.

Por lo general la actividad se encuentra disminuida. Los enfermos dan la apariencia de indolentes, de vagos. Carecen de voluntad, como dijo Kraepelin, tienen perturbada la dirección general de la voluntad. Son personas "alentecidas". Esta pérdida de actividad simula, en ocasiones un síndrome psicasténico traducido por despersonalización o por fenómenos obsesivos. Como en todo, también en el plano de la actividad, estos enfermos hipoactivos, pueden pasar súbitamente a una hiperactividad desmedida.

Poco a poco la vida afectiva se entumece. La capacidad de comunicación, de interacción con los demás, se quebranta. No saben amar. Los “sentimientos de simpatía” se borran y las conductas emocionales son difícilmente comprensibles tanto en el cambio que se produce en la postura del paciente consigo mismo como frente a los otros y lo otro.

Estas peculiaridades preceden en muchos años al comienzo de la psicosis. Cuando se inician en la niñez suponen un gran obstáculo para distinguir cuanto existe de patológico en conductas tímidas, retraídas y desconfiadas. Los pacientes día a día se hunden más y más en el autismo, como dejándose llevar de su indolencia. Se pierden los amigos si es que alguna vez los hubo y aparece un inquietante sentimiento de que algo ha cambiado y una conciencia imprecisa de enfermedad.

2.4.2 Formas de comienzo agudo

Comúnmente se trata de exacerbaciones súbitas de cuadros que evolucionaban solapadamente desde años aunque no fueron detectados (Bleuler, 1911). En general, también existe un periodo de incremento de aquellos síntomas casi inaprensibles o bien otro en que se presentan trastornos muy significativos.

En las formas agudas, la irrupción brusca de la delusión permite apreciar con nitidez el “síntoma primario” (Gruhle). Esta vivencia no se produce como consecuencia de una alteración en la percepción ni en la apercepción. Por el contrario, modifica el significado de lo percibido. Es profundamente creída por el paciente. Inmediato, tras la vivencia, se halla el proceso cerebral que la genera. De ella derivan las delusiones como resultado de un impulso hacia la interpretación simbólica. (Colodrón, 1990).

2.5 Curso y pronóstico

Detrás de un brote, la recuperación es habitual, pero recuperación no es sinónimo de curación; recuperación en el mejor de los casos, equivale a volver

a un estado análogo al que precedió al brote, situación muy a menudo ya abiertamente patológica. (Colodrón, 1990)

Por otra parte, nunca existe la seguridad de que la psicosis se haya detenido definitivamente; la reactivación siempre debe recelarse, incluso tras varios años de silencio clínico. Sin embargo, pasado el brote o brotes agudos, la personalidad tiende a estabilizarse en un estado de defecto en el que se produce un intento de compensación adaptativa, un intento de arreglo con la enfermedad (Mayer-Gross 1904, citado en Colodrón, 1990).

La capacidad de adaptación tras un brote depende no solo de la personalidad prepsicótica sino también de la edad. Una personalidad adulta, firmemente estructurada, con síntomas residuales análogos a otra joven, inmadura, se adapta socialmente con más facilidad y más rapidez. (Colodrón, 1990)

La relación entre forma clínica y edad de comienzo fue investigada por Kraepelin quien concluyó que la mayoría comienza antes de los veinticinco años, sobre todo las hebefrenias y las catatonías. Las esquizofrenias de la media edad, ricas en vivencias y síntomas motores, comportan, en general, buen pronóstico. En ellas se producen frecuentes remisiones prolongadas que permiten un a buena adaptación social, ya que el defecto, por incidir sobre personas suficientemente maduras y estructuradas, se compensa en superior medida. Las esquizofrenias que bordean el climaterio, en las que la estructura delusiva dominante no altera seriamente la personalidad, tiene aún mejor pronóstico; con frecuencia, al desaparecer o mitigarse las ideas delirantes, se produce una recuperación total, aunque persista una cierta rigidez. También conllevan buen curso los brotes en estas edades medias o cercanas al climaterio surgidos en enfermos que ya sufrieron otros y se remitieron.

Fueron muchos (Klaesi, Bleuler y otros) quienes observaron que una buena relación afectiva con el paciente contribuía a mejorar el curso. Aunque los síntomas tengan una base orgánica no son independientes de los contenidos y, tanto en su origen como en su extinción, la circunstancia socioambiental juega un importante papel. (Colodrón, 1990).

2.6 Diagnóstico

Según en DSM-IV, los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, 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 de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período 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 períodos 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 episodios 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 activo 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).

2.7 El paciente con esquizofrenia

El síndrome de la esquizofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinámica, su etiología y su curso clínico. (Bellak, 1962)

El paciente con esquizofrenia padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. La dificultad más aparente puede comprender patrones de conducta y relaciones interpersonales manifiestos, procesos mentales subjetivos o inclusive regulación fisiológica. Un paciente podrá presentar una gran variación en la sintomatología, tanto en un momento dado como en el curso de su vida. La enfermedad podrá estar tan determinada, que parezca psicosis orgánica aguda, o podrá ser inseparable de la personalidad básica, como un trastornado de carácter. Podrá recurrir con tanta regularidad, que se la

pueda designar de periódica. En cualquier momento, podrá haber una incongruencia llamativa en diversas áreas de las funciones del paciente.

Con respecto al trastorno del afecto, el paciente con esquizofrenia presenta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos o sus emociones. La experiencia emocional subjetiva del paciente podrá estar disminuida, aplanada o debilitada. Además experimenta dificultad para expresar y comunicar las respuestas emocionales de las que se da cuenta. Por regla general, el paciente sentirá más libremente afecto por alguien con quien tenga poco contacto real, o a quien los demás considerarán acaso muy por debajo suyo en cuanto a posición social. El paciente es una persona solitaria, y disgustada. El esquizofrénico experimenta conflicto interior acerca de su misma existencia, y los placeres, inclusive menores, parecen estar fuera de su alcance. En contraste, el paciente neurótico conserva en la vida áreas de placer y puede gozar intensamente en actividades que permanecen fuera de conflicto.

El paciente con esquizofrenia experimenta dificultad en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y la realidad. Sus ideas emergen en una sucesión confusa y desconcertante, todo aspecto concebible de organización es potencialmente deficiente. Esta desorganización del pensamiento y la comunicación no es accidental, aparece cuando el paciente experimenta ansiedad emergente, sirviendo como mecanismo inconsciente de defensa, obscureciendo el tema desagradable. Estos defectos cognoscitivos producen efectos secundarios ya que el carácter tangencial del paciente enojará al oyente y podrán convertirse, por consiguiente, en vehículo para la expresión de hostilidad. La burda incoherencia y el relajamiento de las asociaciones producen simpatía, aunque al precio de recalcar la diferencia del paciente con respecto a otras personas y de fomentar su aislamiento social. El paciente experimenta dificultad con el aspecto simbólico del lenguaje, dificultad que se manifiesta por su tendencia hacia un pensar inapropiado, concreto o abstracto. No sólo están trastornadas las conexiones entre palabras, sino que las palabras mismas tienen un margen de significado distinto de aquel que es generalmente aceptado por los demás. Además de esta dificultad en cuanto a organizar su pensamiento y en mantener un nivel apropiado de abstracción, el

paciente podrá acentuar rasgos oscuros, mientras ignora las cuestiones principales.

El paciente con esquizofrenia dedica una gran parte de su tiempo a fantasías que tienen poco significado para el mundo exterior. Podrán ser extravagantes o auténticas, pero poseen significado para él, lo mismo que para cualquier otra persona, las fantasías representan un retraimiento respecto a la realidad y un intento de resolver problemas construyéndose un mundo privado. Si sus fantasías son cultivadas, el paciente podrá desarrollar sistemas más complejos de ideas, incluso mundos enteros. Cuando la apreciación de la realidad está intacta dichos pensamientos están limitados a su vida mental, pero si el paciente es incapaz de diferenciar entre fantasía y realidad, aquella se convierte en la base de una idea delirante.

En cuanto a los trastornos en las relaciones interpersonales el paciente con esquizofrenia tiene pocos amigos y no confía en la gente. Aunque algunas veces es capaz de empatía y sensibilidad podrá permanecer indiferente, con todo, frente a las emociones más fuertes. Sus conocidos responden evitándolo, con lo que aumenta su aislamiento y su soledad. Cuando desarrolla una amistad esto tiene lugar a menudo con alguien que también es solitario, o que explota al paciente a cambio de su compañía.

Este patrón alterado de acción recíproca social se experimenta primero en las relaciones del paciente con su familia; la confianza, la simpatía y la capacidad de relacionarse con los demás se desarrolla en los primeros años de infancia. El niño que se crea en este medio ambiente no desarrolla las habilidades que son necesarias para la adaptación social eficaz.

Sin duda, se encuentra ambivalencia en todas las relaciones humanas importantes, pero la mayoría de las personas logran mantener el lado menos aceptable de sus sentimientos fuera de la conciencia. Sin embargo, las experiencias familiares tempranas del paciente con esquizofrenia, estimulan una ira tan intensa y proporcionan unos controles tan inapropiados, que la represión resulta imposible. La ambivalencia consciente se extiende a todas

sus relaciones y contribuye a su conducta errática e inconsistente en sus contactos con los demás.

El individuo con el síndrome tiene necesidades de dependencias aumentadas y una capacidad disminuida para satisfacerlas. Su psicopatología reduce sus habilidades de adaptación: realmente menos capaz de cuidarse de sí mismo y más dependiente de la ayuda de los demás. La confianza en sí mismo y la apreciación de su capacidad para ir adelante en el mundo están también afectadas, y él se ve inclusive como menos capaz de enfrentarse a la realidad de lo que es en verdad. Este desamparo real e imaginario lo conduce a una regresión, a un modo dependiente de adaptación, en el que confía en los demás por lo que cree que no puede hacer él mismo.

2.7.1 Tiempo de Estancia en las Instituciones Psiquiátricas

En la última mitad del siglo XX, el Hospital Psiquiátrico tradicional ha sido criticado como generador de parte de cronicidad en la enfermedad mental, especialmente cuando presenta diversas deficiencias en sus funciones:

- La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básicos y de la capacidad de tomar decisiones.
- Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.
- No procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.
- Separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal tratante.
- Debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social natural.
- Supone una privación estimular que deteriora el proceso de comunicación

2.7.2 Factores que se deben tomar en cuenta para la rehabilitación del paciente con esquizofrenia

En la actualidad no existe cura para la enfermedad, sin embargo, un tratamiento integral puede disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidades asociadas con la esquizofrenia. El pronóstico de la persona son el estudio activo de la enfermedad, el diagnóstico correcto y el inicio precoz de un tratamiento que integre las dimensiones farmacológicas y psicosociales y la continuidad de éste a lo largo de la evolución del cuadro clínico. Los objetivos generales de un tratamiento integral son disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias de los episodios agudos así como maximizar el funcionamiento psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependen de la fase de la enfermedad, así como de características propias del paciente (características psicológicas). Desde la perspectiva de la persona afectada por la esquizofrenia, el objetivo primordial es asegurar la mejor calidad de vida posible. Sin embargo, el logro de estos objetivos no depende sólo del curso clínico de la enfermedad sino, también, de una serie de variables, que responden a políticas y comportamientos de la sociedad en su conjunto (características ambientales).

➤ *Características psicológicas*

Motivación

La motivación del paciente es el principal predictor de éxito de la rehabilitación, por lo tanto se deben elaborar estrategias que partan de las áreas de interés del paciente.

Nivel de aspiración

Los esquizofrénicos presentan niveles más altos de aspiración con mayor discrepancia entre la ejecución verdadera y la esperada también presentan una adherencia más rígida a los objetivos que se habían fijado a sí mismos. Así también, mantienen su nivel de aspiración e incluso lo aumentan tanto después del fracaso como después del éxito. (Kyle, 1948, cit. en Bellak).

Fracaso

Las personas con esquizofrenia frente a una situación de fracaso presentan una disminución de la eficiencia, prolongación del tiempo de reacción y mayor número de errores (Papanaiia, 1953, cit. en Bellak).

Frustración

Los esquizofrénicos tienen una tolerancia a la frustración inferior a la de los individuos normales. Presentan constantemente una ejecución inferior consecutivamente a la frustración, mayor perseveración, abandono de la tarea con frecuencia y tendencia a dar más respuestas extravagantes. (Wilensky, 1952 citado en Bellak).

Agresión

La dirección de la agresión exclusivamente sobre el ambiente corresponde a un mal pronóstico. (Feldman, 1951, citado en Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, 2001).

Depresión

Se han revelado diversos factores específicos que pueden afectar en este ámbito como ser del sexo masculino, de raza blanca, soltería, aislamiento social, falta de empleo, dependencia de sustancias químicas y haber sufrido una pérdida importante recientemente, antecedentes personales de intento de suicidio o antecedentes familiares de suicidio. Los pacientes con esquizofrenia presentan mayor propensión a la depresión si son jóvenes, si cuentan con un CI elevado, grandes aspiraciones, un alto grado de logros académicos previos a la enfermedad o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales (Caldwell, 1990).

➤ *Características ambientales*

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional además de aumentar la capacidad para

funcionar independientemente. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia.

Psicoeducación

Se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La educación abarca al paciente y a sus cuidadores. Facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable y cordial, además de abrir un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella (Jobet, 1993, citado en Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, 2001).

Psicoterapia

Los mejores resultados se han conseguido con terapias individuales o grupales que emplean combinaciones de apoyo, educación, entrenamiento de funciones cognitivas y entrenamiento de habilidades sociales. Estudios controlados recientes muestran que las estrategias de apoyo orientadas a la realidad son efectivas en términos de recaídas y ajuste socio laboral. (Colodrón, 1990).

Intervenciones familiares

Existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones familiares así como las creencias y expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Se estima que este tipo de intervenciones propician la reestructuración familia-paciente si se llevan a cabo con persistencia y se acierta a crear lazos emocionales. Por esta razón, el trabajo con la familia debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia. Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia pueden ser altamente críticos o sobre protectores y, con estas actitudes, aumentar significativamente el riesgo de recaídas. (Colodrón, 1990).

Rehabilitación

La esquizofrenia provoca una discapacidad de largo plazo en una gran proporción de los pacientes. Esto ha llevado a desarrollar una serie de técnicas de rehabilitación con énfasis en las funciones y capacidades de las personas. El objetivo es optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.

CAPITULO 3

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES SIMILARES

En los últimos años, ha existido un gran auge de la investigación psicológica sobre problemas clínicos en general y sobre la esquizofrenia en particular. Son muchos los psicólogos que han abandonado el restringido campo de acción de los laboratorios de las universidades y han llevado sus test, su instrumental y los restantes medios de que disponen las clínicas y las salas de los hospitales. Estos hechos se revisan y se presentan en este capítulo.

3.1 Investigaciones psicológicas que utilizaron técnicas psicométricas

3.1.1 Test de funcionamiento intelectual

Se realizaron estudios relacionados con la organización intelectual en la esquizofrenia, a base del análisis de factores y de agrupación de resultados. Empleando la Escala de Wechsler-Bellevue en esquizofrénicos, otros grupos psicopatológicos e individuos normales, Simkin, Hover y otros autores (1950), mediante métodos estadísticos especiales, trataron de extraer factores comunes del funcionamiento intelectual y descubrir posibles diferencias entre diversos estados. La comparación entre los resultados del análisis factorial en personas normales, neuróticos y esquizofrénicos indica la presencia de un factor general común a los tres grupos y de factores adicionales que marcan la diferencia entre grupos. Respecto a los esquizofrénicos, se ha observado que la estructura intelectual es más fraccionada o diferenciada que en los otros grupos. Otro estudio revela que algunos factores, tales como la “percepción de la realidad” y la “eficiencia psicomotora”, difieren significativamente en los normales y los esquizofrénicos.

En un estudio cuidadosamente planeado que se llevó a cabo en 120 esquizofrénicos y 107 individuos normales como control, Binder (1956), sometió la hipótesis de la perturbación diferencial del funcionamiento intelectual a una prueba decisiva. El instrumento utilizado fue el test de Aptitudes

mentales primarias de Thurstone. Este test mide cinco aptitudes o funciones intelectuales aisladas por medio del análisis factorial (comprensión verbal, aptitud espacial, razonamiento, aptitud numéricamente y fluidez verbal). Los resultados obtenidos muestran un déficit global en el funcionamiento esquizofrénico, pero no indican diferencias apreciables en el decrecimiento de cada uno de los factores representados en el test. Por consiguiente no queda confirmada la hipótesis de una perturbación diferencial en la esquizofrenia.

Peters (1953), halló con su test Circular Pencil Maze, una relación positiva con la adaptación al medio institucional en los esquizofrénicos crónicos. Stotsky (1956), observó que los test de aptitud suministran un buen índice respecto a las probabilidades de éxito en la rehabilitación de la esquizofrenia, pero su Escala de interés no manifestó poseer poder predictivo. Rabin (1945) y Geiser (1949), no encuentran diferencias significativas en los niveles de ejecución de materias escolares básicas (lectura, escritura, aritmética). Todos ellos estaban atrasados en aritmética en comparación con otras materias. Jaria (1953), halló algunos datos indicativos de déficit diferencial en esquizofrénicos crónicos. El vocabulario está bien conservado y en los ejercicios verbales se aprecia un nivel más alto que en los test no verbales.

Wiener (1951), obtuvo diferencias significativas entre grupos de pacientes hospitalizados y no hospitalizados con las escalas "S" (sutil) y "O" (obsesivo) del MMPI. Los esquizofrénicos hospitalizados obtuvieron puntuaciones más altas en los *Items* de la escala "S". El autor los considera como índices de adaptación e inadaptación social en la esquizofrenia.

3.1.2 Evaluaciones neuropsicológicas

La evaluación neuropsicológica examina la integridad del funcionamiento cerebral a través del rendimiento de las personas frente a tests objetivos y estandarizados. Su aplicación a pacientes esquizofrénicos permite colaborar con el diagnóstico clínico y entregar información sobre los déficits y las habilidades remanentes que presentan estos pacientes (Heaton, 1978).

Los estudios sobre alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia describen principalmente dos tipos de déficit: generalizados y específicos. Algunos autores se refieren a alteraciones cognitivas más bien generalizadas, que implican funciones que se encuentran representadas en diversas áreas del sistema nervioso central. Otros destacan la existencia de alteraciones específicas que provocan déficits significativos en pruebas que exploran percepción visual, memoria verbal, memoria viso espacial y recuerdo libre. Estas alteraciones más específicas comprometen a sistemas cerebrales restringidos, localizados principalmente en áreas prefrontales, circuito fronto-estriado y áreas temporo-límbicas (Contreras, 1995).

Los pacientes esquizofrénicos presentan un patrón común de alteraciones cognitivas: lentificación de los procesos cognitivos, sin pérdida de eficacia en la realización de las actividades. Se muestran afectadas tanto la atención como la memoria. Las habilidades requeridas para preparar, elaborar y controlar la conducta también se alteran. La capacidad de abstracción, la comprensión, el cálculo y el manejo de información aparecen disminuidas en estos pacientes.

Galindo y cols destacaron en los esquizofrénicos su dificultad para solucionar problemas, lo que atribuyeron a disfunción cerebral, específicamente de áreas temporales y frontales (Galindo y Villa, 1997). La disfunción en estas zonas sería la responsable de alteraciones cognitivas tales como el déficit de la atención, las fallas en el auto monitoreo y los trastornos de la memoria, entre otros.

Los déficits cognitivos son más intensos en pacientes esquizofrénicos en los que predominan los síntomas negativos. Se ha reportado, que el circuito dorso lateral prefrontal, en asociación con circuitos sub corticales, estarían implicados en la esquizofrenia con síntomas negativos (Pantelis, 2004).

La mayoría de los autores coinciden en atribuir los síntomas cognitivos a disfunción del lóbulo frontal, siendo una de las alteraciones cognitivas más estudiada el déficit de la memoria de ejecución o *working memory*. Se han

descrito alteraciones en la memoria de ejecución verbal y visual, en tareas de reconocimiento y en actividades que implican memoria semántica.

Los intentos por identificar alteraciones en el cerebro de los esquizofrénicos han desembocado en teorías que atribuyen estas anomalías al sistema dopaminérgico mesocortical y que plantean la existencia de un funcionamiento anormal de los lóbulos frontal y temporal (Silva, 1998). Los pacientes esquizofrénicos evaluados a través de tests psicológicos se comportarán de un modo similar a los pacientes con lesiones cerebrales, presentando un deterioro cognitivo que afecta especialmente a las funciones que dependen del lóbulo frontal (Heaton, 1978).

Los trastornos conductuales en los esquizofrénicos, como alteraciones del pensamiento, inadecuación social, conducta antisocial y otras, pueden estar relacionadas con déficits neuropsicológicos (Pantelis, 2004).

Estudios realizados con la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) en esquizofrénicos muestran una relación inversa entre nivel de patología y funcionamiento intelectual, es decir, a mayor gravedad de los síntomas menor rendimiento en el WAIS. Lehman encontró que el rendimiento en el WAIS en esquizofrénicos era significativamente inferior al de sujetos normales, pero se mostraba superior al presentado por pacientes con daño orgánico cerebral (Galindo, 1997).

Freeland y Puente evaluaron a un grupo de esquizofrénicos con WAIS y con la batería neuropsicológica Luria-Nebraska y concluyeron que a través del rendimiento en estas pruebas no se distingue a los pacientes que sufren esquizofrenia de los con daño orgánico cerebral (Freeland, 1984).

Contreras aplicó el test de Wisconsin a un grupo de esquizofrénicos, los resultados mostraron la existencia de deterioro psico orgánico, lo que atribuyó a disfunción frontal. Se observaron diferencias entre el rendimiento de pacientes crónicos y pacientes con un primer brote psicótico, apareciendo estos últimos menos dañados que los crónicos (Contreras, 1995).

Se ha reportado una fuerte relación entre la severidad de los síntomas negativos y el deterioro del rendimiento en tests que examinan memoria de trabajo, como el test de Wisconsin (Pantelis, 2004).

Galindo y cols aplicaron el WAIS y el test de Wisconsin a pacientes esquizofrénicos. Los resultados indican que los esquizofrénicos mostraron deficiencias importantes de aprendizaje. Esto refleja una incapacidad para beneficiarse de la retroalimentación externa y de la experiencia frente a actividades que implican formación de conceptos (Galindo y Villa, 1997). Las conclusiones de este estudio tienden a confirmar los reportes que señalan la existencia de una alteración frontal en la esquizofrenia, que afecta, especialmente, a las funciones ejecutivas.

El lóbulo frontal sería el encargado de controlar la activación de las acciones, lo que realiza a través de la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección adecuada de las respuestas, el control del desarrollo de los procesos y la verificación de los resultados. El control de las acciones, que depende del área pre-frontal dorsal, está relacionado también con la motivación, sostenida por la región frontal medial y por la capacidad de prever la sucesión de actividades a realizar (Gil, 1999).

Hoff examinó a 32 esquizofrénicos y concluyó que, independiente del tiempo de evolución y del tratamiento recibido, los pacientes presentaban alteraciones del funcionamiento cognitivo, no logrando establecer diferencias significativas entre pacientes crónicos y agudos (Galindo y Villa, 1997).

Diversos autores asocian al lóbulo frontal con actividades tales como la conciencia, conducta moral, conocimiento de normas sociales, capacidad de adaptación, iniciativa, pensamiento abstracto y juicio. Los mecanismos que permitirán sustentar estas habilidades serían las funciones integrativas, la motivación, la memoria a corto plazo, el ordenamiento de secuencias temporales, la atención selectiva, la concentración, la fluidez, la flexibilidad, la capacidad de planificación, el lenguaje y el movimiento (Brown, 1993).

La complejidad de las conexiones que establece el lóbulo frontal con otras áreas del sistema nervioso central, contribuye a una amplia gama de cambios conductuales cuando existen lesiones o alguna otra alteración en esta región (Kolb, 1986).

3.2 Estudios relacionados con los familiares de los pacientes con esquizofrenia

Existen ciertos estudios respecto a los conocimientos que tienen los familiares acerca de la esquizofrenia y su influencia sobre la evolución de la enfermedad, como recaídas o rehospitalizaciones. En algunas investigaciones enfocadas a estudiar la Emoción Expresada en relación con los conocimientos, se ha encontrado que el familiar de alta Emoción Expresada (crítico y hostil hacia el paciente) tiene menores conocimientos que el familiar de baja Emoción Expresada (Brown, Birley & Wing, 1972). Así, surge la hipótesis de que a partir del conocimiento que el familiar tenga sobre la esquizofrenia es posible disminuir recaídas en el paciente y mejorar la manera en la cual el familiar interactúa con el paciente. Algunos estudios fallan en probar esta hipótesis, sin embargo otros la apoyan (Leff; Kuipers, Berkowitz, Eberlein-vries & Sturgen, 1982). Para Barrowclough y cols. (1987) la falla en estos resultados se debe a que lo importante no es la información por sí misma, sino el significado que ésta pueda tener, traducida en conductas que ayuden a la recuperación del paciente, es decir, el valor funcional que la información potencialmente tiene. A partir de esto, desarrollan un instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la esquizofrenia en los familiares (KASI, Knowledge About Schizophrenia Interview), con la finalidad de categorizar las respuestas dependiendo del potencial que tienen de traducirse en acciones en pro de la rehabilitación del paciente.

Otros estudios relacionados con los conocimientos de las familiares, son aquellos en donde se probaron intervenciones educativas o de información para familiares como efectivas en la disminución de recaídas del paciente esquizofrénico. Tarrrier, Barrowclough, Porceddu y Fitzpatrick (1994) trabajaron

sesiones educativas con los familiares de los pacientes esquizofrénicos y posteriormente hicieron un seguimiento de 5 y 8 años. Observaron la disminución de recaídas en el grupo experimental (educación) al finalizar la intervención y posteriormente al seguimiento (5 y 8 años). Randolph, Eth, Glynn, Paz, Leong, Shaner, Strachan, Van Vort, Escobar & Liberman (1994) probaron la efectividad de intervenciones familiares conductuales de tipo educativo llevadas a cabo en el hogar, en contra del cuidado únicamente al paciente esquizofrénico en una clínica de salud mental; en el caso de los primeros se observó que sólo el 14% de éstos recayeron, contra el 50% de quienes recibieron el tratamiento tradicional.

Smith & Birchwood (1987) probaron la efectividad de una intervención de información y educación para familiares de pacientes esquizofrénicos, en cuanto a la reducción de síntomas de estrés de los familiares, miedo hacia el paciente, así como mejorar las creencias del familiar en cuanto a su rol en el tratamiento, hacia un sentido más optimista. Estos efectos se mantuvieron después de los 6 meses, y las percepciones del familiar sobre el costo o carga se encontraron significativamente reducidas. Así, Falloon & Pederson (1985) prueban cambios en el funcionamiento de los miembros de la familia a través de una intervención conductual comunitaria de información y educación respecto a la esquizofrenia, contra una intervención orientada al paciente y apoyo familiar. Las familias que recibieron el primer tratamiento, tuvieron menos problemas en sus actividades, redujeron sus problemas de salud física y mental, y percibieron menos costo o carga familiar.

Estos estudios han demostrado la importancia de los conocimientos, no únicamente como adquisición de información, sino como la capacidad de ésta de ser potencialmente efectiva para desempeñar habilidades y competencias de cuidado, en los familiares de los pacientes y sus efectos sobre las recaídas de éstos. También se ha mostrado que las relaciones familiares pueden estar influidas por el tipo de información que se tiene con respecto del trastorno (Brown, Birley & Wing, 1972).

CAPITULO 4

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

El Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres” cuenta con una población de pacientes muy diversa; ya sea con retraso mental, adultos mayores sin familia, con esquizofrenia e indigentes, entre otros. Enfocándonos en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se observa que sólo una parte de ellos, ha alcanzado cierta autosuficiencia con respecto de la Institución ya que cuentan con un empleo remunerado o salen a visitar a sus familiares fuera del Centro sin ningún problema. Sin embargo, la otra parte de estos pacientes son totalmente dependientes de la Institución ya que permanecen todo el tiempo dentro ésta sin ninguna actividad a realizar. Con lo anterior surge la pregunta de ¿Cuáles son las características que pueden estar relacionadas con que los pacientes sean dependientes o autosuficientes del Centro?, ¿Existirá alguna diferencia entre los pacientes del grupo dependiente y los pacientes del grupo autosuficiente al comparar el C.I., la personalidad, el nivel de enfermedad, la edad, el tipo de esquizofrenia, el apoyo familiar, la asistencia a psicoterapias y el tiempo de estancia dentro del Centro?

4.2 Justificación

El estudio de este tema es de importancia ya que al detectar las características que están presentes en los pacientes con esquizofrenia y que han logrado una cierta autosuficiencia ya sea económica o personal del Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres”, puede servir de apoyo en la creación de programas de rehabilitación que brinden la oportunidad de una vida más autosuficiente a otros pacientes que no la tienen. De igual manera, se lograría que un mayor número de personas se valieran por si mismos de una forma más independiente. Esto a su vez implicaría una disminución en la población de pacientes y menor costo para la Institución.

4.3 Objetivo General

Analizar si algunas variables como el Coeficiente Intelectual, rasgos de la personalidad, el tipo de esquizofrenia, el tiempo de estancia dentro de una Institución, el apoyo familiar y las psicoterapias influyen en que los pacientes con esquizofrenia del Centro de Asistencia e Integración Social CAIS “Coruña Hombres” sean autosuficientes o dependientes de la Institución.

4.4 Hipótesis

Coeficiente Intelectual

H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al Coeficiente Intelectual. Detectado a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos Español (WAIS- Español).

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al Coeficiente Intelectual. Detectado a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos Español (WAIS- Español).

Personalidad

H₂ Existen diferencias estadísticamente significativas en la personalidad de los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente. Detectado a través de la aplicación del Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) se obtendrán algunos rasgos de personalidad.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas en la personalidad de los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente. Detectado a través de la aplicación del Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) se obtendrán algunos rasgos de personalidad.

Enfermedad

H₃ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al significado diagnóstico de enfermedad. Detectado a través de la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender, evaluado con la Técnica de Pascal y Sutell.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al significado diagnóstico de enfermedad. Detectado a través de la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender, evaluado con la Técnica de Pascal y Sutell.

Edad

H₄ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto a la edad de los pacientes. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto a la edad de los pacientes. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

Tipo de esquizofrenia

H₅ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tipo de esquizofrenia diagnosticada a los pacientes. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tipo de esquizofrenia diagnosticada a los pacientes. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

Apoyo familiar

H₆ Existen diferencias estadísticamente significativas del apoyo familiar recibido entre los grupos dependiente y autosuficiente. Obteniendo la información a través de los expedientes personales de los pacientes.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas del apoyo familiar recibido entre los grupos dependiente y autosuficiente. Obteniendo la información a través de los expedientes personales de los pacientes.

Psicoterapia

H₇ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto a las psicoterapias recibidas. Obteniendo la información a través de los expedientes personales de los pacientes.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto a las psicoterapias recibidas. Obteniendo la información a través de los expedientes personales de los pacientes.

Tiempo de estancia

H₈ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tiempo de estancia dentro del Centro. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tiempo de estancia dentro del Centro. Obtenida a través de la ficha de identificación de cada paciente.

4.5 Definición conceptual y operacional de variables

➤ Esquizofrenia

De acuerdo a [la Organización](#) Mundial de la [Salud](#): "La Esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de [la personalidad](#), una

distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada". (2005).

Todo aquel paciente que fue diagnosticado con esquizofrenia por el Centro de Asistencia e Integración Social "Coruña Hombres".

➤ Paciente

Del latín *patiens-entis* padecer. Que tiene paciencia, sufrido, el enfermo. Persona que recibe la acción del agente. (Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1972).

Se tomó en cuenta a toda persona que se encuentre residiendo en el Centro de Asistencia e Integración Social "Coruña Hombres" con diagnóstico de esquizofrenia.

➤ Autosuficiencia

Estado o condición del que se basta a si mismo. Suficiencia Presunción o engreimiento. (Diccionario de la lengua Española, 1982).

Se eligió a aquellos pacientes con esquizofrenia que salen del Centro de Asistencia e Integración Social "Coruña Hombres" que cuentan con un trabajo remunerado o salen a visitar a sus familiares.

➤ Dependencia

(lat. -ere). Estar una persona bajo el dominio o autoridad de otra, necesitar del auxilio o protección de ésta. Estar subordinada una cosa a otra, de la que forma parte. intr. Estar condicionada una cosa con otra, estar conexas con otra cosa o seguirse a ella. (Diccionario de la lengua Española, 1982).

Se eligió a los pacientes con esquizofrenia que permanecen todo el tiempo dentro del Centro de Asistencia e Integración Social "Coruña Hombres" y que no salen de él en ningún momento.

➤ Coeficiente Intelectual

Es la relación entre el nivel de inteligencia de un individuo y el promedio de inteligencia de los individuos de su edad. (Dorsch, F. 1985).

A través de la aplicación de la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos Español (WAIS- Español).

➤ Personalidad

Creencias, actitudes y formas características de interactuar con la gente. (Craig, 2001).

Mediante la aplicación del Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) se obtendrán algunos rasgos de personalidad.

➤ Enfermedad

Alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal. (Diccionario de la lengua Española, 1982).

Mediante la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender, evaluado con la Técnica de Pascal y Sutell que indica cual es el nivel de enfermedad con que cuentan los pacientes.

➤ Edad:

Edad en años. Según su edad el individuo se encuentra en la fase de desarrollo correspondiente que determina su modo de ser y sus características psíquicas. (Dorsch, F. 1985)

A través de la ficha de identificación de cada paciente.

➤ Apoyo Familiar

Se refiere a las acciones o manifestaciones de solidaridad y cooperación entre los miembros de la familia. (Espejel y cols. 1997).

Se obtuvo esta información a través de los expedientes personales de los pacientes.

➤ Psicoterapia

Tratamiento de las enfermedades psíquicas o de los trastornos fisiológicos de origen psíquico mediante los métodos psicológicos. (Dorsch, F. 1985)

A través de la revisión de los expedientes clínicos de cada paciente.

➤ Tiempo de estancia

Permanencia en un sitio: Tiempo que se queda un enfermo en un hospital y cantidad que por ello paga. (Dorsch, F. 1985)

Se obtuvo la información a través de de la ficha de identificación del paciente.

4.6 Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico, ya que la elección de los pacientes se hizo en base al diagnóstico de esquizofrenia.

La muestra se conformó de 30 pacientes residentes del Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres” diagnosticados con algún tipo de esquizofrenia. El diagnóstico fue realizado por psiquiatras de acuerdo a los criterios entregados por el DSM-IV. El 100% de estos pacientes pertenecientes al género masculino. Con un rango de edad de 21 a 68 años. Se tomaron en cuenta a pacientes con un mínimo de un mes de estancia dentro de la Institución, no importando que hayan estado con anterioridad en otros Centros u Hospitales.

De los treinta pacientes diagnosticados con esquizofrenia 6 son de tipo residual, 2 de tipo simple, 17 de tipo paranoide, 1 de tipo desorganizada y 4 de tipo indiferenciada.

Se conformaron dos grupos: el primero *grupo autosuficiente (G.A.)* conformado por 15 sujetos que salían a trabajar o a visitar periódicamente a sus familiares. El segundo *grupo dependiente (G.D.)* que permanecía todo el tiempo dentro del Centro sin realizar alguna actividad.

4.7 Escenario

La muestra fue obtenida del CAIS “Coruña Hombres” el cual esta conformado por tres edificios principales. El primero de ellos es de tres plantas; en la planta baja se encuentran ubicadas las oficinas administrativas del Centro, el área de Trabajo Social, Psicología, Servicio Médico, el área de Odontología, el comedor, la cocina, la peluquería, el almacén, la lavandería y el área de limpieza. Los dos pisos superiores están conformados por dormitorios, una

segunda área de Psicología y una sala de juntas. Cada piso cuenta con sanitarios para los pacientes. En el segundo edificio se encuentran ubicados más dormitorios y un baño con regaderas para pacientes postrados. El tercer edificio es una pequeña bodega y unos baños con regaderas. Así también el Centro cuenta con dos edificios prefabricados que son utilizados como talleres de carpintería, manualidades, se encuentran algunos dormitorios y en uno de estos se encuentra el área de Geriatria. El Centro también cuenta con dos patios amplios y un jardín donde pueden deambular los pacientes a cualquier hora del día.

La revisión de expedientes, la realización de entrevistas y aplicación de pruebas psicológicas, se llevó a cabo en el área de Psicología que cuenta con espacio suficiente y las condiciones necesarias para poder trabajar adecuadamente.

4.8 Instrumentos

- Expedientes personales: a través de estos, se obtuvieron los datos correspondientes a la ficha de identificación, nombre, edad, tipo de esquizofrenia, asistencia a psicoterapias.
- Entrevista: a través de esta se obtuvo información relacionada con la situación social, familiar del paciente que no venía referida completamente dentro de los expedientes personales.
- Pruebas Psicológicas: a través de las cuales se obtuvo información psicológica del paciente.
 - Escala de Inteligencia Wechsler para adultos, Español. (WAIS-Español). Es uno de los test más utilizados en la práctica de la psicología clínica para obtener el rendimiento intelectual. Permite comparar a sujetos de un mismo rango de edad. La prueba de Wechsler es una de las formas mejor construidas para medir la inteligencia, y por tanto, el rendimiento intelectual. Esta escala es de particular interés, puesto que no sólo se ha venido empleando en México desde hace mucho tiempo, sino que en la actualidad ya ha sido estandarizada. Permite evaluar con profundidad y precisión, la

capacidad intelectual de la persona. Identifica las áreas de oportunidad, aprovechamiento y desarrollo individual. Detecta las posibles limitaciones que puede presentar la persona en algunas de sus habilidades. Identifica las áreas de éxito de la persona, a través de la identificación de los vectores analítico-sintético y concreto-abstracto. Aporta datos concretos respecto de los rasgos característicos de la personalidad. Evalúa profundamente factores individuales de la persona como: Memoria, Planeación, Expresión, Organización, Concentración, Comprensión, Toma de Decisiones, Capacidad de Síntesis y Análisis, Conceptualización y Atención.

- Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender. Uno de los test psicológicos más empleados en la práctica clínica y psicopedagógica. Este instrumento originalmente se construyó en 1938 para diagnosticar problemas en la percepción gestáltica y desde su construcción hasta la década de los 60's su empleo fue casi exclusivo con pacientes psiquiátricos adultos. Pascal y Sutell en 1951, desarrollaron una escala de puntuación para el test de Bender. Su sistema consta de 105 ítems que discriminan entre pacientes psiquiátricos y pacientes normales. Las normas de estos autores se basan en sujetos adultos a partir de los 15 años. La confiabilidad se ha obtenido a través del coeficiente de confiabilidad interjueces y mediante el coeficiente de estabilidad temporal a través del método Test-retest. La validez se obtuvo mediante la validez discriminante y la validez concurrente.
- Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA). Instrumento que sirve como método de medida de un número importante de variables de la personalidad o tendencias conductuales. Evalúa el significado de ciertos rasgos de la personalidad que influyen en el ajuste personal, social, paternal, escolar y vocaciones. La confiabilidad de las nueve escalas se han evaluado con los coeficientes de correlación por el método de test-retest y con la aproximación del análisis de varianza de Hoyt. Cuenta con validez empírica y de constructo.

4.9 Tipo de estudio

- Es retrospectivo ya que busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó.
- De campo por que se trabajó directamente con la población en su medio.
- Es descriptivo por que relata como son las cosas con base en la observación sin manipulación de las variables.
- Es comparativo ya que se observó una muestra de individuos de determinado características y se compara con otra muestra individuos.
- Es correlacional por que evalúa la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. En este caso se relacionan el C.I., rasgos de personalidad, el nivel de enfermedad, edad, tipo de esquizofrenia, apoyo familiar, asistencia a psicoterapias y tiempo de estancia, con la dependencia o autosuficiencia de los pacientes.

4.10 Diseño

Diseño de tipo transeccional con dos muestras.

4.11 Procedimiento

Se realizó una entrevista con las autoridades correspondientes del CAIS “Coruña Hombres” solicitando el permiso necesario para trabajar el proyecto de tesis. Una vez obtenido el permiso, se acordó asistir diariamente al Centro con un horario de 17:00 a 20:00 horas para trabajar con los pacientes.

Se comenzó por seleccionar la muestra por medio de la lista de población del Centro, eligiendo a los pacientes diagnosticados con algún tipo de esquizofrenia y que tuvieran un mínimo de un mes de estancia dentro del CAIS. Al principio, la muestra constaba de 34 sujetos de los cuales se eliminaron 4, dos de ellos por presentar mutismo, uno por egreso de la institución y uno más por negarse a contestar los test. De la muestra seleccionada, se conformaron dos grupos de 15 sujetos cada uno: en el primero de ellos los pacientes presentaron los criterios de autosuficiencia establecidos, ya sea que contaran

con un trabajo remunerado o que salieran periódicamente a ver a sus familiares, este grupo fue nombrado *grupo autosuficiente* (G.A.) y el segundo grupo donde los pacientes definitivamente permanecen internos dentro del CAIS y no salen fuera de este, a este grupo se le nombró *grupo dependiente* (G.D.). Una vez seleccionada la población, se realizó una revisión de los expedientes personales de cada paciente para obtener los datos de edad, apoyo familiar, los referentes al tipo de atención psicológica que llevan dentro del Centro (Psicoterapia) y el tiempo de estancia dentro de la Institución. Después se llevó a cabo una entrevista individual del tipo psicodinámica con cada paciente para obtener datos no encontrados o no actualizados en los expedientes.

Para obtener los factores psicológicos como el C.I., la personalidad y el daño orgánico, se pretendía acudir a los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas por psicólogos de la Institución, sin embargo, al ver que no todos los pacientes de la muestra contaban con algunas aplicaciones y que las pruebas psicológicas no eran las mismas para todos, se llevó a cabo la aplicación de algunas pruebas psicológicas a toda la muestra para lograr datos homogéneos. Las pruebas seleccionadas fueron: Escala de Inteligencia Wechsler para adultos, Español. (WAIS- Español), el Test Gestáltico Visomotor de Laurretta Bender y el Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA).

Se inició con la aplicación del Inventario de personalidad (T-JTA), se continuó con el Bender, y por último con el WAIS. Al finalizar con las aplicaciones de las pruebas psicológicas, se procedió con la calificación de cada una de ellas y después al análisis estadístico a través del programa SPSS II.

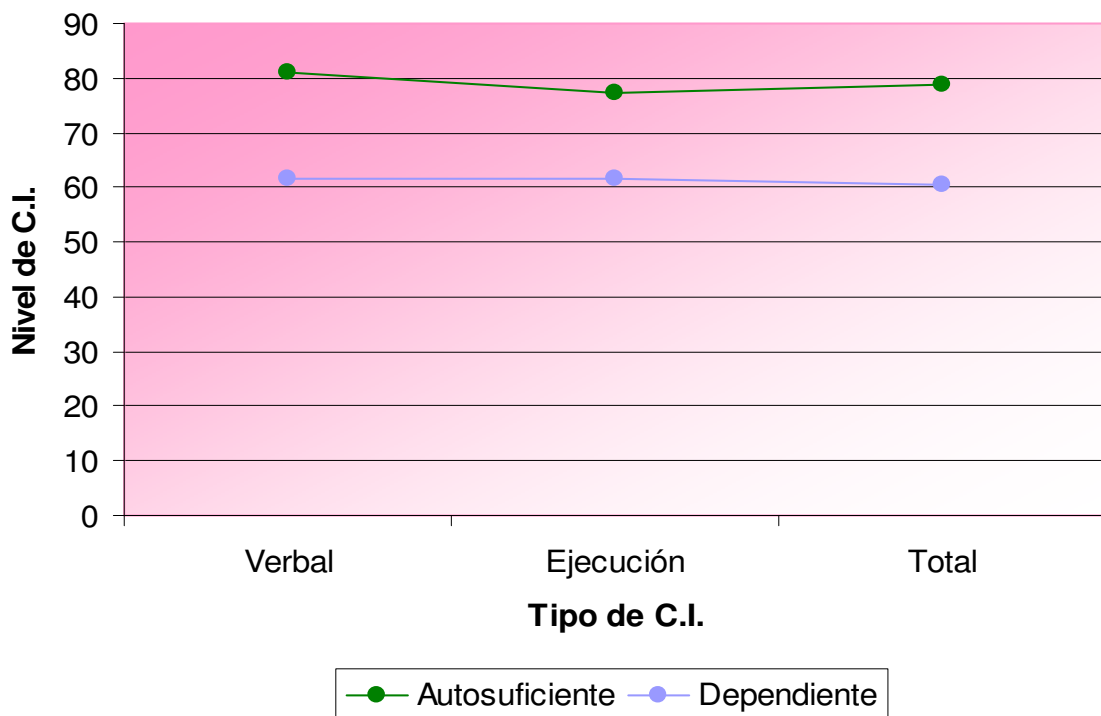
Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis descriptivo de las variables mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y variabilidad. Posteriormente, se verificaron las hipótesis planteadas a través de las pruebas t de Student y la Chi cuadrada de Pearson.

CAPITULO 5

RESULTADOS

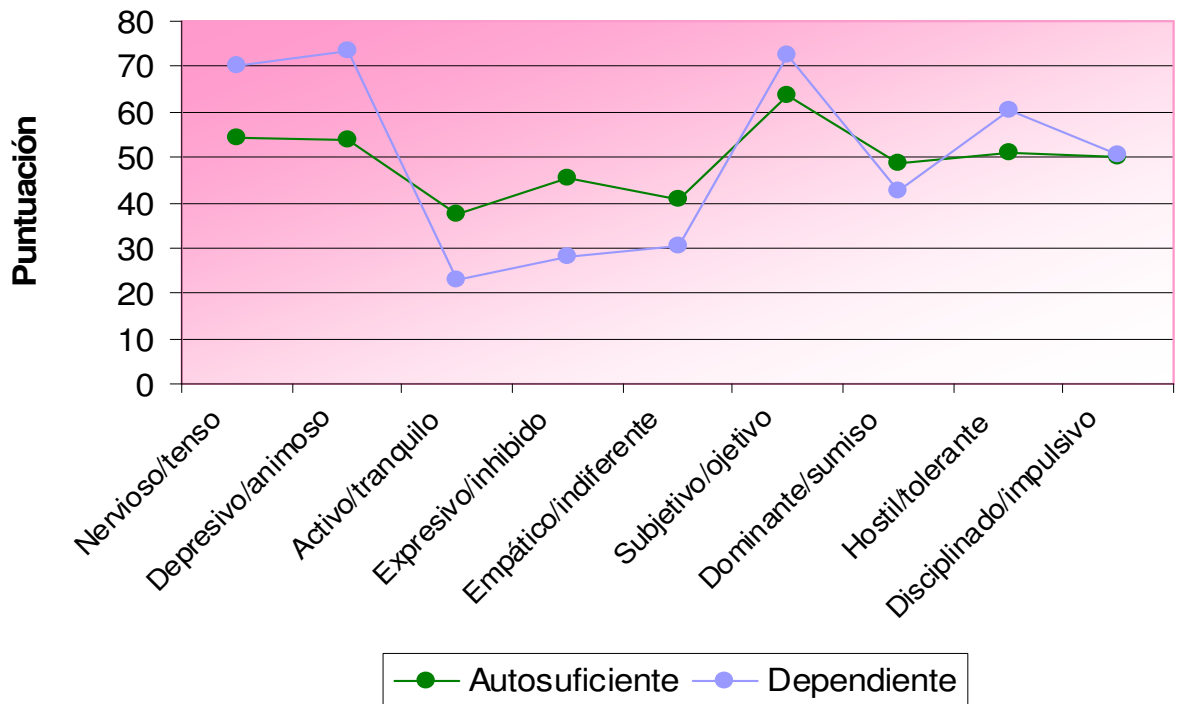
5.1 Descripción de la muestra

Figura 1. Coeficiente Intelectual



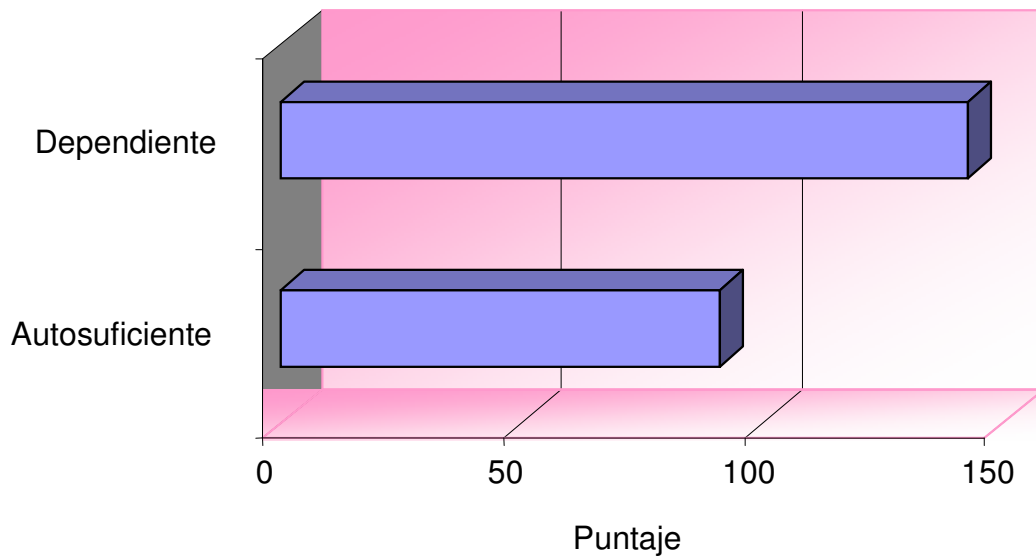
Se puede observar claramente que el grupo dependiente cuenta con menor nivel de Coeficiente Intelectual que el grupo autosuficiente. Esta diferencia esta presente tanto en el C.I. verbal como en el C.I. de ejecución por lo tanto se refleja en el C.I. total.

Figura 2. Personalidad



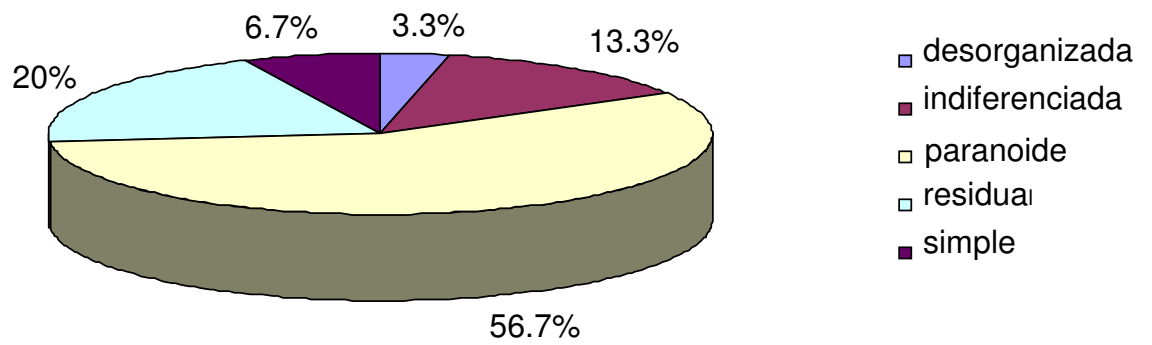
En general hay una similitud en los rasgos de personalidad entre ambos grupos, sin embargo, la diferencia radica en la intensidad de estos rasgos. Se puede observar que el grupo dependiente es más nervioso, depresivo, tranquilo, inhibido, indiferente subjetivo, sumiso y hostil. Mientras que el grupo autosuficiente es más calmado, animoso, activo, expresivo, empático, objetivo, dominante y tolerante. Ambos grupos son igualmente impulsivos.

Figura 3. Nivel de enfermedad



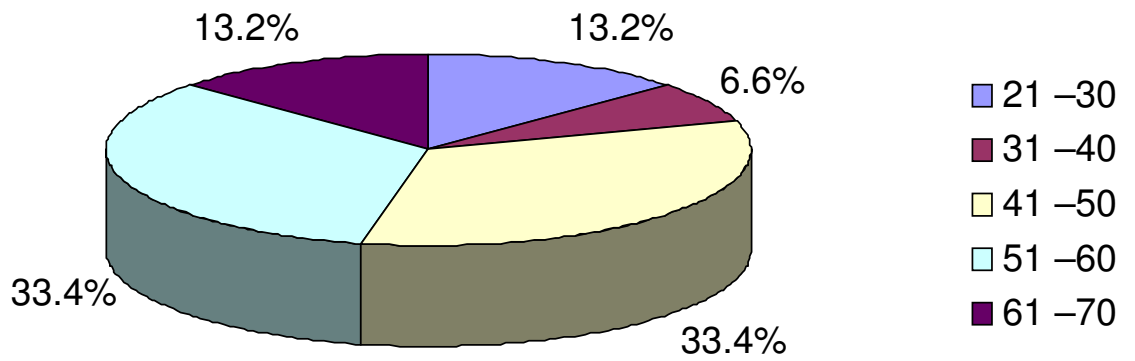
Se puede observar claramente que el grupo autosuficiente tiene menor puntuación que el grupo dependiente, lo cual significa que de acuerdo a la Técnica de Pascal y Sutell con que se calificó el Bender se tiene que los sujetos del grupo autosuficiente se acercan más al diagnóstico de salud mientras que los sujetos del grupo dependiente se acercan más al diagnóstico de enfermedad. Para el análisis estadístico se utilizaron puntajes crudos, sin embargo, estos puntajes se transformaron a estandarizados para obtener su significado diagnóstico.

Figura 4. Tipo de esquizofrenia



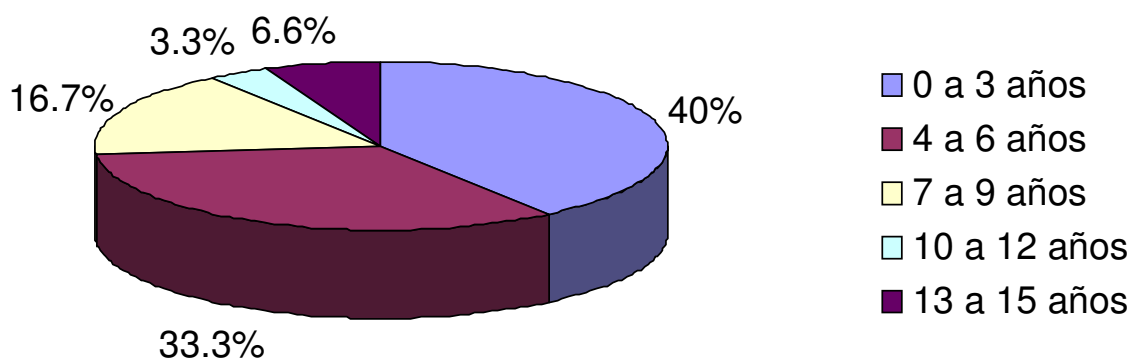
Con una muestra de 30 sujetos se observa que existe diversidad en el tipo de esquizofrenia que presentan. Claramente el tipo de esquizofrenia paranoide es el que predomina sobre la muestra, mientras que el tipo de esquizofrenia desorganizada es el que se presenta en menor frecuencia

Figura 5. Edad



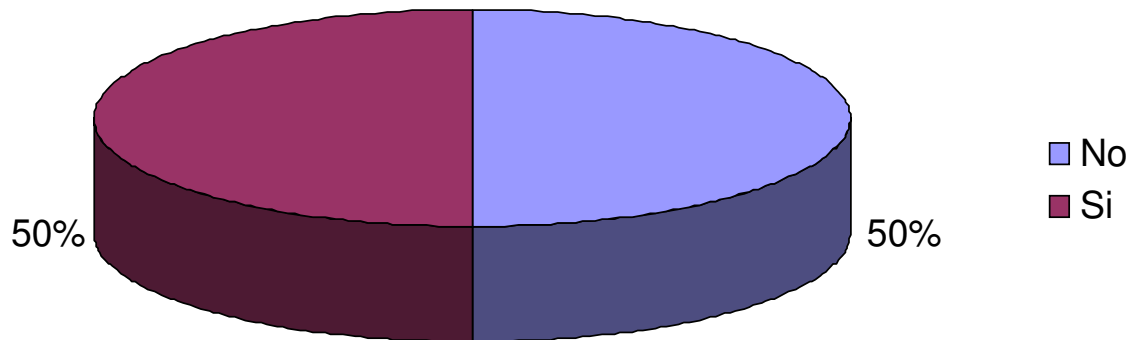
La edad de la muestra varía de los 21 a los 68 años Se puede observar que la mayoría de los sujetos se concentran en los rangos de 41 a 50 y 51 a 60 años, mientras que en el rango de 31 a 40 años es donde se encuentran la menor cantidad de sujetos. La media de edad fue de 48.2 años con una desviación estándar de 11.86.

Figura 6. Tiempo de estancia en el Centro



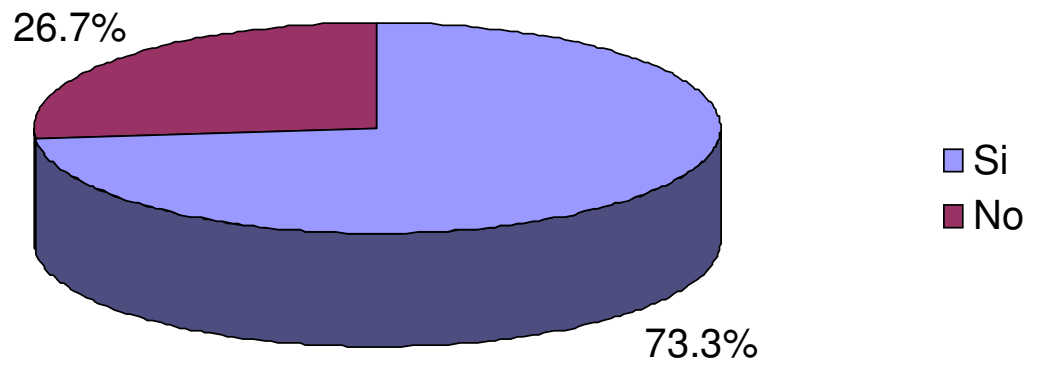
El rango donde se concentran mayor número de sujetos en cuanto a los años de estancia dentro del Centro es en el de 0 a 3 años con un 40%, mientras que el rango de 10 a 12 años es en el que se concentran menor cantidad de sujetos con 3.3%.

Figura 7. Psicoterapia en los pacientes



Se puede observar que la psicoterapia brindada por la Institución a la muestra de pacientes con esquizofrenia es del 50%, ya que el otro 50% no la recibe.

Figura 8. Apoyo familiar



El apoyo familiar en los pacientes con esquizofrenia de la muestra seleccionada se presenta en el 26.7% de los sujetos, mientras que el 73.3% restante no lo recibe.

Tabla 1. Significados diagnósticos del Test de Bender con la Técnica de Pascal y Sutell.

Paciente	GPO. AUTOSUFICIENTE		Paciente	GPO. DEPENDIENTE	
	Puntaje	Significado Diagnóstico		Puntaje	Significado Diagnóstico
1	72	D.	1	79	N.A.P.
2	80	L. P-NP	2	80	L. P-NP
3	71	D.	3	69	D.
4	73	N.A.P.	4	80	L. P-NP
5	57	D.	5	79	N.A.P.
6	76	N.A.P.	6	80	L. P-NP
7	60	D.	7	80	L. P-NP
8	79	N.A.P.	8	78	N.A.P.
9	73	N.A.P.	9	80	L. P-NP
10	63	D.	10	79	N.A.P.
11	71	D.	11	80	L. P-NP
12	71	D.	12	67	D.
13	75	N.A.P.	13	71	D.
14	69	D.	14	69	D.
15	80	L. P-NP	15	79	N.A.P.

De acuerdo a la técnica de evaluación de Pascal y Sutell, los significados diagnósticos son los siguientes:

- L. P-NP. Límite entre paciente-no paciente
- N.A.P. Necesita atención psiquiátrica
- D. Dudoso
- NN. A.P. No necesita atención psiquiátrica

Se puede observar que los pacientes del grupo autosuficiente obtuvieron en su mayoría diagnósticos de “dudoso” o “necesita atención psiquiátrica”, mientras que los pacientes del grupo dependiente obtuvieron en su mayoría “límite entre paciente-no paciente” y “necesita atención psiquiátrica”. Lo anterior indica que los diagnósticos de los pacientes del grupo autosuficiente están más cercanos al diagnóstico de salud que los del grupo dependiente. Estos datos se obtuvieron a través de puntuaciones estandarizadas mientras que para obtener el análisis estadístico se utilizaron puntajes crudos para mayor facilidad.

Tabla 2. Comparación entre gpo. dependiente y gpo. autosuficiente en características de Coeficiente Intelectual, Personalidad y Nivel de salud.

Característica evaluada		Grupo	N	Media	Desviación Estándar	Prueba t Student	Significancia
C. I. WAIS	C.I.T.	Autosuficiente	15	78.9333	16.51608	3.167	.004*
		Dependiente	15	60.6000	15.16010		
	C.I.V.	Autosuficiente	15	80.9333	15.23373	3.413	.002*
		Dependiente	15	61.6000	15.78788		
	C.I.E.	Autosuficiente	15	77.4667	18.28687	2.504	.018*
		Dependiente	15	61.5333	16.52214		
P e r s o n a l i d a d T-JTA (Con calif. T)	A Nervioso vs Calmado	Autosuficiente	15	54.0667	27.28282	-1.612	.118
		Dependiente	15	70.0000	26.84612		
	B Depresivo vs Animoso	Autosuficiente	15	54.0000	31.33688	-2.051	.050*
		Dependiente	15	73.6000	19.69336		
	C Activo vs Tranquilo	Autosuficiente	15	37.5333	24.13908	1.992	.056
		Dependiente	15	22.9333	14.93063		
	D Expresivo vs Inhibido	Autosuficiente	15	45.6000	33.02986	1.759	.090
		Dependiente	15	28.0000	20.27666		
	E Empático vs Indiferente	Autosuficiente	15	40.8000	28.66855	1.179	.248
		Dependiente	15	30.6000	17.36088		
F Subjetivo vs Objetivo	Autosuficiente	15	63.6000	21.86256	1.179	.276	
	Dependiente	15	72.3333	21.19861			
G Dominante vs Sumiso	Autosuficiente	15	48.5333	25.62607	.758	.455	
	Dependiente	15	42.7333	14.90669			
H Hostil vs Tolerante	Autosuficiente	15	51.0000	18.40807	-1.272	.214	
	Dependiente	15	60.4667	22.19030			
I Disciplinado vs Impulsivo	Autosuficiente	15	50.1333	25.82044	-.029	.977	
	Dependiente	15	50.4000	25.03940			
Nivel de enfermedad Bender Pascal /Sutell	Autosuficiente	15	91.2667	22.22118	-3.955	.000*	
	Dependiente	15	143.0000	45.53178			

Al realizar una comparación entre los grupos dependiente y autosuficiente, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en solo algunas de las características evaluadas. Estas diferencias fueron en el Coeficiente Intelectual Total (C.I.T.), verbal (C.I.V.) y de ejecución (C.I.E.), evaluado con la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos (WAIS), así también existieron diferencias en el nivel de salud/enfermedad de los pacientes evaluados por el Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender. En cuanto a los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) se tienen diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de la subescala “B” (depresivo vs animoso). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las demás subescalas evaluadas. **Tabla 2.**

Tabla 3. Relación entre la edad de los pacientes y la dependencia o autosuficiencia

EDAD	Grupo		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
	Autosuf.	Depend.			
21 –30	2	2	4	4.000	.406
31 –40	2	0	2		
41 –50	3	7	10		
51 –60	6	4	10		
61 –70	2	2	4		
Total	15	15	30		

La edad de la muestra varía en ambos grupos, sin embargo, se observa que la mayoría de los sujetos del grupo autosuficiente se concentran en el rango de 51 a 60 años, mientras que en el grupo dependiente la mayoría se concentra en el rango de 41 a 50 años. En el grupo dependiente no hay ningún paciente dentro del rango de 31 a 40 años.

Con un valor de Chi Cuadrada de 4.000 y un nivel de significancia de .406, se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el autosuficiente, es decir, la edad no es factor de influencia en la dependencia o autosuficiencia de los pacientes. **Tabla 3.**

Tabla 4. Relación en el tipo de esquizofrenia, grupo de dependencia y grupo de autosuficiencia

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	Grupo		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
	Autosuf.	Depend.			
Desorganizada	0	1	1	4.725	.317
Indiferenciada	3	1	4		
Paranoide	8	9	17		
Residual	4	2	6		
Simple	0	2	2		
Total	15	15	30		

Al hacer una relación entre variables y los grupos de pacientes, se obtiene la significancia de algunas de las variables.

No existe un equilibrio entre grupos en cuanto al tipo de esquizofrenia que presenta la muestra, se observa que dentro del grupo autosuficiente hay menos variedad de tipos ya que solo hay indiferenciada, paranoide y residual. Mientras que en el grupo dependiente se encuentran además el tipo desorganizada y simple.

Con un valor de Chi Cuadrada de 4.725 y un nivel de significancia de .317, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de esquizofrenia presentada en cada grupo, es decir, el tipo de esquizofrenia no influye en que los pacientes sean dependientes o autosuficientes del Centro. **Tabla 4.**

Tabla 5. Relación entre el apoyo familiar y la dependencia o autosuficiencia

APOYO FAMILIAR	Grupo		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
	Autosuf.	Depend.			
No	9	13	22	2.727	.099
Si	6	2	8		
Total	15	15	30		

Dentro del grupo autosuficiente, el apoyo familiar se presenta en 6 de los 15 sujetos, sin embargo, dentro del grupo dependiente existe una diferencia mayor ya que de los 15 sujetos sólo se les apoya a 2 de ellos.

Con un valor de Chi Cuadrada de 2.727 y con un nivel de significancia de .099, se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto al apoyo familiar, es decir, el apoyo que puedan brindar los familiares no influye en que los pacientes sean dependientes o autosuficientes del Centro. **Tabla 5.**

Tabla 6. Relación entre la Psicoterapia y la dependencia o autosuficiencia

PSICOTERAPIA	Grupo		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
	Autosuf.	Depend.			
No	4	11	15	6.533	.011*
Si	11	4	15		
Total	15	15	30		

La asistencia a psicoterapia resultó un factor significativo de influencia para que los pacientes fueran menos dependientes del Centro. Se puede observar que la

mayoría de pacientes que asistió a las sesiones pertenece al grupo autosuficiente.

Con un valor de Chi Cuadrada de 6.533 y un nivel de significancia de .011 se tiene que, si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente, es decir, el apoyo psicológico a través de psicoterapias si es factor de influencia para que los pacientes sean autosuficientes o dependientes del Centro. **Tabla 6.**

Tabla 7. Relación entre el tiempo de estancia dentro del Centro y la dependencia o autosuficiencia

TIEMPO DE ESTANCIA	Grupo		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
	Autosuf.	Depend.			
0 a 3 años	6	6	12	3.200	.525
4 a 6 años	6	4	10		
7 a 9 años	1	4	5		
10 a 12 años	1	0	1		
13 a 15 años	1	1	2		
Total	15	15	30		

Dentro del grupo autosuficiente la mayoría de la muestra cuenta con un máximo de 6 años de estancia dentro del Centro, mientras que en el grupo dependiente la mayoría de la muestra cuenta con un máximo de nueve años de estancia dentro de la Institución.

Con un valor de Chi Cuadrada de 3.200 y un nivel de significancia de .525, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos, lo que quiere decir que el tiempo de estancia dentro del Centro no es factor de influencia para que los pacientes sean dependientes o autosuficientes de la Institución. **Tabla 7.**

5.2 Análisis de la relación de datos

Tabla 8. Análisis de la relación de la edad y la estancia con la autosuficiencia

ESTANCIA	EDAD	GRUPO		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
		Autosuf.	Depend.			
0 a 3 años	21 –30	1	2	3	4.533	.209
	31 –40	2	0	2		
	41 –50	0	2	2		
	51 –60	3	2	5		
	Total	6	6	12		
4 a 6 años	21 –30	1	0	1	1.667	.644
	41 –50	2	2	4		
	51 –60	2	2	4		
	61 –70	1	0	1		
	Total	6	4	10		
7 a 9 años	41 –50	1	3	4	.313	.576
	61 –70	0	1	1		
	Total	1	4	5		
10 a 12 años	61 –70	1	0	1	–	–
	Total	1	0	1		
13 a 15 años	51 –60	1	0	1	2.000	.157
	61 –70	0	1	1		
	Total	1	1	2		

Al comparar la edad y los años de estancia dentro del Centro de ambos grupos, se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, es decir, al evaluar estos factores juntos no se obtienen diferencias que puedan ser significativas para decir que un grupo es dependiente o autosuficiente del Centro. **Tabla 8.**

Tabla 9. Análisis de la relación de la edad y el apoyo familiar con la autosuficiencia

APOYO FAMILIAR	EDAD	GRUPO		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
		Autosuf.	Depend.			
No	21-30	2	2	4	.627	.890
	41-50	3	6	9		
	51-60	3	3	6		
	61-70	1	2	3		
	Total	9	13	22		
Si	31-40	2	0	2	4.000	.261
	41-50	0	1	1		
	51-60	3	1	4		
	61-70	1	0	1		
	Total	6	2	8		

La mayoría de los sujetos que no reciben apoyo familiar pertenecen al grupo dependiente con una edad de los 41 a 50 años, mientras que los que reciben psicoterapia la mayoría pertenece al grupo autosuficiente con una edad de 51 a 60 años.

Al relacionar las características y compararlas por grupos se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupo dependiente y autosuficiente en cuanto al apoyo familiar recibido y la edad de los sujetos.

Tabla 9.

Tabla 10. Análisis de la relación de la estancia y la psicoterapia con la autosuficiencia

ESTANCIA	PSICOTERAPIA	GRUPO		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
		Autosuf.	Depend.			
0 a 3 años	No	0	4	4	6.000	.014*
	Si	6	2	8		
	Total	6	6	12		
4 a 6 años	No	2	2	4	.278	.598
	Si	4	2	6		
	Total	6	4	10		
7 a 9 años	No	1	4	5	—	—
	Total	1	4	5		
10 a 12 años	Si	1	0	1	—	—
	Total	1	0	1		
13 a 15 años	No	1	1	2	—	—
	Total	1	1	2		

En cuanto al tiempo de estancia dentro del Centro en los rangos de 7 a 9 años y de 13 a 15 años se tiene que no hay sujetos que si reciban psicoterapia por parte del Centro, siendo la mayoría pertenecientes al grupo dependiente, así también se observa que los que si reciben psicoterapia pertenecen en su mayoría al grupo autosuficiente y que llevan un máximo de 6 años residiendo dentro del Centro.

De los sujetos que han residido de 0 a 3 años se observa que dentro del grupo autosuficiente hay 6 que si reciben psicoterapia y 0 que no la recibe, mientras que del grupo dependiente hay 4 que no la reciben y 2 que si asisten a psicoterapia. Al analizar los datos se encuentra que con un valor de Chi Cuadrada de 6.000 y un nivel de significancia de .014 se encuentra que si

existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos dependiente y autosuficiente en cuanto a la participación en psicoterapias y con un máximo de tres años dentro de la Institución. **Tabla 10.**

Tabla 11. Análisis de la relación de la psicoterapia y el apoyo familiar con la autosuficiencia

APOYO FAMILIAR	PSICOTERAPIA	GRUPO		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
		Autosu f.	Depend.			
No	No	4	10	14	2.424	.119
	Si	5	3	8		
	Total	9	13	22		
Si	No	0	1	1	3.429	.064
	Si	6	1	7		
	Total	6	2	8		

Se observa que dentro del grupo dependiente la mayor parte de los sujetos no cuentan con apoyo familiar y tampoco con psicoterapia, mientras que en el grupo autosuficiente hay más distribución de los pacientes en cuanto al apoyo familiar y la psicoterapia que reciben, sin embargo, al tomar en cuenta estos factores en su conjunto se tiene que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para decir por que uno es dependiente y el otro autosuficiente del Centro. **Tabla 11.**

Tabla 12. Análisis de la relación de la psicoterapia y la edad con la autosuficiencia

EDAD	PSICOTERAPIA	GRUPO		Total	Valor de Chi cuadrada	Significancia
		Autosuf.	Depend.			
21 - 30	No	1	2	3	1.333	.248
	Si	1	0	1		
	Total	2	2	4		
31 - 40	Si	2	0	2	—	—
	Total	2	0	2		
41 - 50	No	1	6	7	2.744	.098
	Si	2	1	3		
	Total	3	7	10		
51 - 60	No	2	1	3	.079	.778
	Si	4	3	7		
	Total	6	4	10		
61 - 70	No	0	2	2	4.000	.046*
	Si	2	0	2		
	Total	2	2	4		

Al tomar en cuenta la edad y la participación en psicoterapia de los sujetos de ambos grupos, se tiene que los que cuentan con edades de 51 a 60 años son los que reciben mayormente este tipo de servicio dentro del Centro, así también los del grupo de edad de 41 a 50 años son quienes más carecen de este servicio.

Dentro del grupo de 61 a 70 años de edad, al comparar el grupo dependiente con el autosuficiente con un valor de Chi Cuadrada de 4.000 y un nivel de significancia de .046 se tiene que si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grupo, edad y psicoterapia recibida, es decir, que para los sujetos del rango de edad de 61 a 70 años si esta relacionado el que reciban o no psicoterapia para que sean autosuficientes o dependientes del Centro. **Tabla 12.**

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo dependiente (G.D.) y el grupo autosuficiente (G.A.) en cuanto a algunas características evaluadas como el Coeficiente Intelectual, el nivel de salud/enfermedad, la asistencia a psicoterapias y en un rasgo de personalidad (Depresivo vs Animoso), lo que nos indica que estas características si están relacionadas con que los pacientes del CAIS Coruña Hombres sean dependientes o autosuficientes del Centro. Sin embargo, otras características evaluadas no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas como la edad, el apoyo familiar, el tiempo de estancia dentro del centro y algunos otros rasgos de personalidad. (Nervioso vs Tenso, Activo vs Tranquilo, Expresivo vs Inhibido, Empático vs Indiferente, Subjetivo vs Objetivo, Dominante vs Sumiso, Hostil vs Tolerante, y Disciplinado vs Impulsivo).

- Referente al coeficiente intelectual

Se acepta la hipótesis: “Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al Coeficiente Intelectual”. Esto nos indica que los pacientes que tienen mayor Coeficiente Intelectual son los pacientes del grupo autosuficiente mientras que los que tienen menor C.I. son los del grupo dependiente. Es decir, el Coeficiente Intelectual es directamente proporcional a la autosuficiencia del Centro e inversamente proporcional a la dependencia del mismo (ver tabla 2). Esta diferencia se da tanto en el C.I. verbal como en el C.I. de ejecución, de manera que se tiene una diferencia en el C.I. total.

Debido a que los pacientes del G.A. obtuvieron mayores puntuaciones en los subtest que los del G.D. se entiende que estos cuentan con algunas ventajas en sus capacidades tales como: en la comprensión, conceptualización y expresión verbal, memoria, alerta mental, capacidad de aprendizaje,

razonamiento, juicio social, sentido común, capacidad de planeación, habilidades de papel y lápiz, coordinación visomotora, facilidad para los números, concentración, trabajo bajo presión, cognición, memoria visual, percepción visual de estímulos abstractos y con significado, por mencionar algunos. Estas capacidades tienen una discrepancia entre grupos que alcanza una importancia significativa lo que nos dice que están relacionadas con que los pacientes sean autosuficientes o dependientes del Centro. Lo anterior no quiere decir que los pacientes del grupo dependiente no cuenten con estas capacidades, si no que, también las presentan pero en menor medida.

Por ejemplo un paciente del grupo autosuficiente puede desenvolverse fuera del Centro gracias a la expresión verbal con que cuente y tal vez su capacidad de aprendizaje, su concentración y el poder trabajar bajo presión le ayuden a conseguir un empleo remunerado fuera del Centro, lo que en un paciente del grupo dependiente no pueda suceder si no cuenta con una adecuada capacidad de aprendizaje o cualquiera de las características anteriormente mencionadas.

Se observa que en promedio los pacientes del G.A. se sitúan, de acuerdo a la clasificación de David Wechsler, como *Limítrofe*, mientras que los del G.D. se clasifican como *Deficiente mental superficial*.

Se puede decir que a mayor C.I. más autosuficiente es el paciente mientras que a menor C.I. es más dependiente.

Entonces se tiene que los pacientes del G.D. no cuentan con las habilidades tanto verbales como motrices necesarias para poder desenvolverse adecuadamente fuera del Centro y participar en actividades que impliquen el relacionarse con la sociedad y que les permitan ser más autosuficientes, mientras que los del G.A. si cuentan con algunas de las habilidades verbales y motrices las cuales les permiten salir del Centro y realizar actividades laborales y familiares, de manera que se integran de una manera más normal a la sociedad de la cual alguna vez habían salido y gracias a estas capacidades

tienen nuevamente una oportunidad de desenvolverse en esta, aunque no de una manera totalitaria pero si de una manera más autosuficiente.

- Referente a las características de la personalidad

Se acepta la hipótesis: “Si existen diferencias estadísticamente significativas en la personalidad de los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente”, es decir, que al valorar los diferentes rasgos de personalidad evaluados por el T-JTA se observa que sí existe una diferencia significativa entre el G.D. y el G.A, sin embargo, hay que mencionar que esta diferencia sólo se da en una de las nueve subescalas evaluadas. (Depresivo vs Animoso “B”).

Por lo anterior, se puede decir que no existe una característica de personalidad específica en ambos grupos que los describa como tal y que tenga relación para que los pacientes sean dependientes o autosuficientes. Lo cual puede ser por que los rasgos de personalidad de ambos grupos aparecen muy dispersos dentro de la muestra seleccionada.

Como ya se dijo, si hay diferencias estadísticamente significativas en uno de los rasgos de personalidad (ver tabla 2), específicamente en la subescala B (Depresivo vs Alegre, animoso), es la que cuenta con una diferencia estadística entre grupos, ya que tiene un nivel de significancia de .050. Así también, existe una diferencia cualitativa que nos dice que el G. D. es un poco más depresivo que el G.A., aunque los dos grupos cuentan con rasgos depresivos, que de acuerdo al T-JTA es *necesario un cambio* en ambos grupos.

Entonces se tiene que el G. D. es más pesimista, más desanimado, se presentan más estados de apatía y de preocupación depresiva por la vida, en cambio el G.A. aunque también presenta estas características, su intensidad es menor ya que estos manifiestan algunas veces conductas de optimismo, sensaciones de bienestar que tal vez sean las que ayuden a que estos sean más autosuficientes del Centro.

En cuanto a los demás rasgos evaluados, se tiene que en ninguno de estos existe una diferencia estadísticamente significativa que nos pueda indicar por que los pacientes pueden ser dependientes o autosuficientes del Centro.

- Referente al nivel de enfermedad

Se acepta la hipótesis: “Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto al significado diagnóstico de enfermedad”.

Al evaluar el Bender mediante la técnica de Pascal y Sutell para el diagnóstico diferencial entre sano y enfermo, se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos dependiente y autosuficiente (ver tabla 2), es decir, los sujetos del G.D. obtuvieron un puntaje más alto en el test de Bender que los sujetos del G.A. Esto indica que los pacientes del G.D. tienen un peor diagnóstico que los del G.A. Esto no quiere decir que los del G.A. sean diagnosticados como personas sanas, sino que, aunque también están diagnosticados con esquizofrenia se puede decir que se encuentran un poco más cerca al diagnóstico de una persona sana. Lo anterior puede estar relacionado con que los pacientes sean más autosuficientes del Centro y les permita salir a la calle, trabajar, visitar a sus familiares. Así mismo, estas actividades ayudan a que los pacientes tengan un mejor contacto con la realidad debido a las interacciones con el mundo externo.

Lo único que indica la técnica de Pascal y Sutell es un diagnóstico diferencial entre sano y enfermo, y en este caso nos muestra cuáles son los pacientes que cuentan con algunas características propias de las personas sanas, que pueden estar relacionadas con la autonomía y dependencia del Centro, pero sin dejar de ser pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Cabe mencionar que para el análisis estadístico de los resultados del Test de Bender con la Técnica de Pascal y Sutell, se utilizaron los puntajes crudos para mayor facilidad, sin embargo, también se transformó la puntuación cruda a estandarizada y se obtuvieron los significados diagnósticos de cada paciente (ver tabla 1).

En general el G.D. cuenta con más deficiencias en el organismo tanto a nivel visual, al estado de integración del sistema nervioso, a la percepción, y a la coordinación motora, es decir, más deficiencias en la integración visomotriz. Al observar la diferencia de la puntuación entre ambos grupos y tomando en cuenta lo que significa esta diferencia, se puede decir que los pacientes del G.A. cuentan con una mejor integración visomotriz, lo que puede estar relacionado para que sean pacientes con mayor autosuficiencia del CAIS, y que los del G.D. presenten una mayor puntuación en el Bender, lo que nos dice que hay una mayor deficiencia en la integración visomotriz, es decir, daños orgánicos en cuanto a la conexión entre los estímulos visuales que perciben y la capacidad para coordinarlos con los movimientos de su cuerpo, por ejemplo; el paciente puede percibir una figura y tratar de copiarla en la hoja de papel, sin embargo, tal vez cuente con alguna disfunción cerebral que le impida llevar a cabo la tarea manual, esto puede suceder no solo en esa simple tarea de realizar un dibujo, sino que también en cualquier otra actividad de la vida diaria y que no les permite ser más autosuficientes y por lo tanto conseguir una actividad fuera del CAIS presentando una dependencia total hacia el Centro.

- Referente a la edad

Se acepta la hipótesis: “No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto a la edad de los pacientes”.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a que la edad estuviera relacionada en la autosuficiencia de un grupo de pacientes y la dependencia del otro grupo de pacientes del CAIS Coruña Hombres, es decir, la edad no está relacionada con que los pacientes con esquizofrenia sean capaces de salir y conseguir un trabajo o sean capaces de visitar a sus familiares, y tampoco tiene relación con que sean totalmente dependientes del Centro. (ver tabla 3).

- Referente al tipo de esquizofrenia

Se acepta la hipótesis: “No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tipo de esquizofrenia diagnosticada a los pacientes”. Esto quiere decir que, al no existir ninguna diferencia estadísticamente significativa entre grupos, en cuanto al tipo de esquizofrenia, que nos ayude a saber por que un grupo es autosuficiente y el otro dependiente, no se puede decir que estar diagnosticado con determinado tipo de esquizofrenia es en mayor o en menor medida la causa de que los pacientes sean dependientes o autosuficientes del CAIS Coruña Hombres. (ver tabla 4).

Lo anterior se puede deber a que el cuadro clínico predominante de la esquizofrenia incluye características que presentan todos los pacientes de la muestra, por ejemplo; en el sentido emocional, la dificultad para comprender y expresar sentimientos, labilidad emocional, a nivel cognitivo, el individuo suele desconectarse de la realidad, las alucinaciones visuales y auditivas, así como las ideas irracionales suelen perturbarlo y fomentar percepciones inadecuadas de la realidad. A nivel psicológico, cabe mencionar la dificultad para el desempeño de actividades diarias, así como la tendencia al deterioro físico y emocional. Dentro del ámbito social, por un lado se dificulta el desempeñar actividades laborales, así mismo se observa la incapacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Las características anteriores las presentan todos los pacientes de la muestra, tanto los del G.D. como los del G.A., por lo que independientemente del tipo de esquizofrenia al que estén clasificados, no hay relación, ya que sólo se les atribuyen algunas otras características específicas que no causan influencia alguna en la dependencia o autosuficiencia del Centro.

- Referente al apoyo familiar

Se acepta la hipótesis: “No existen diferencias estadísticamente significativas del apoyo familiar recibido entre los grupos dependiente y autosuficiente”.

Partiendo de la hipótesis mencionada, se tiene que la condición de contar con el apoyo familiar no está relacionado con que los pacientes de ninguno de los dos grupos evaluados sea dependiente o autosuficiente del Centro, esto quiere decir que los pacientes del G.A. no tienen una ventaja sobre los del G.D. ya que no existe ninguna diferencia estadística que demuestre que el apoyo familiar recibido ayude a los pacientes con esquizofrenia del CAIS Coruña Hombres a ser autosuficientes o dependientes del Centro. (ver tabla 5).

Con los resultados obtenidos se tiene que también hay sujetos a quienes les apoyan sus familiares y esto no hace que sean autosuficientes, igualmente en el G.A. hay pacientes que no cuentan con apoyo familiar y que si presentan autosuficiencia del Centro. El que la familia brinde más responsividad afectiva al paciente así como involucramiento afectivo, no es algo que influya en los pacientes del CAIS Coruña Hombres.

Estos resultados se pudieron dar, tal vez por que el tipo de asistencia familiar así como el nivel de conciencia de la enfermedad por parte de los familiares no es exactamente igual para cada paciente, sin embargo, sería muy difícil lograr una similitud de esta magnitud en todos los pacientes. Los síntomas psiquiátricos crean tensión y falta de entendimiento en el entorno familiar. Es fundamental no culpar al paciente de su enfermedad a pesar de la dificultad que supone convivir con una persona que padece un problema psiquiátrico. Para sobrellevar la enfermedad en la familia es esencial la información y educación sobre el problema. De este modo se evitan muchos malos entendidos y reproches además de que se corrigen actitudes familiares que pueden complicar la evolución de la enfermedad. Lo ideal es que cada miembro de la familia participe y ofrezca apoyo bajo la dirección del profesional que atiende el caso y con el consentimiento del paciente. Para ello es aconsejable que la familia participe en algunas sesiones con el terapeuta y reciba información acerca del tratamiento y de cómo pueden contribuir a los buenos resultados del mismo.

- Referente a la psicoterapia

Se acepta la hipótesis: “Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo autosuficiente y los del grupo dependiente en cuanto a las psicoterapias recibidas”.

Entonces se tiene que los pacientes del CAIS Coruña Hombres que asistieron a psicoterapia, son los que conforman el G.A. y que el recibimiento de las sesiones terapéuticas están relacionadas con que los pacientes puedan salir del Centro a trabajar o con sus familiares, así que, como se puede observar (ver tabla 6) esta característica sí esta relacionada con la dependencia o autosuficiencia de los pacientes, es decir, el hecho de que los pacientes hayan asistido a psicoterapia dentro del Centro sí fue factor de influencia para que estos fueran dependientes o autosuficientes.

- Referente al tiempo de estancia en el Centro

Se acepta la hipótesis: “No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dependiente y el grupo autosuficiente en cuanto al tiempo de estancia dentro del Centro”.

Al observar los resultados obtenidos en cuanto al tiempo de estancia en el Centro, se encontró que no hay relación entre estas variables ya que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, es decir, el tiempo que el paciente haya permanecido dentro del Centro, ya sean pocos o muchos años, no se puede relacionar para decir que los pacientes del CAIS Coruña Hombres son dependientes o autosuficientes del mismo. (ver tabla 7).

Actualmente se sabe que los enfermos que se encuentran con mucha frecuencia dentro de los hospitales presentan síntomas como la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad, y todo esto es causado por factores como la pérdida de contacto con el mundo externo, por la inactividad que presentan dentro de estas instituciones, por los medicamentos y por que no cuentan con perspectivas a futuro, sin embargo, este fenómeno no afectó a los pacientes dentro del CAIS “Coruña Hombres”, ya que tanto el

G.A. como el G.D. contaron con similitudes en el tiempo de estancia las cuales no estuvieron relacionadas con la dependencia o autosuficiencia del Centro.

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer más a los pacientes con esquizofrenia del Centro de Asistencia e Integración Social "Coruña Hombres" y de esta manera el Centro tuviera un mejor panorama en cuanto a algunas características no evaluadas de ellos y así realizar programas de rehabilitación que les ayuden a salir adelante, de tal manera que no solo algunos de ellos sean autosuficientes, sino que de preferencia todos y de esta manera reducir la población del Centro y así mismo reducir los gastos.

Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas en algunas de las características evaluadas, se pueden observar diferencias cualitativas que los pacientes del G.A. presentan, es decir, además de contar con un puntaje mayor de C.I. y un nivel más cercano al de un diagnóstico de una persona sana, también cuentan con características de personalidad más entusiastas y optimistas que son de gran ayuda para que estos emprendan actividades provenientes de su propia iniciativa, así también cuentan con algunas capacidades motrices, como el dominio de su cuerpo al realizar actividades que requieren una función específica y que facilita su desarrollo en la sociedad de una manera más normal y autosuficiente, al contrario de los pacientes del G.D. ya que no presentan dichas características.

Con lo anteriormente mencionado, pueden estar los recursos e información que se necesita para promover la independencia, la autosuficiencia e incluso el alta de los pacientes para que no permanezcan internos, tal vez poniendo en práctica estos recursos se logre que con solo el neuroléptico el paciente se incorpore a la sociedad y logre la producción esperada según su edad.

Entonces se tiene que el G.A. cuenta con capacidades superiores a los del G.D., estas capacidades mencionadas con anterioridad son las que están relacionadas con que sean más autosuficientes del Centro. Los integrantes de dicho grupo son capaces de valerse por si mismos fuera de la Institución y

conseguir relacionarse en el medio externo pues cuentan con mayor juicio social y razonamiento de las situaciones que se les presentan, así también logran darse a entender mucho mejor con las demás personas de manera verbal, tienen las posibilidades de conseguir un empleo y mantenerlo, de llevar una relación apropiada con las personas y mostrar modelos de conducta aceptados por la sociedad ya que su capacidad de aprendizaje se los permite, así también se desenvuelven adecuadamente en ambientes distintos que requieren de tomar decisiones que incumben a su mejora en lo personal, cuentan con las diferentes capacidades de dominio de su cuerpo lo que les ayuda a realizar actividades variadas sin ninguna necesidad de apoyo fuera del Centro. Sin embargo, los pacientes del G.D. no cuentan con dichas características lo que les impide el llevar una vida más normal, orillándolos a una dependencia total del Centro.

Lo anterior coincide con lo planteado por Galindo (pag. 44), donde dice que hay una relación inversa entre nivel de patología y funcionamiento intelectual, es decir, a mayor gravedad de los síntomas menor rendimiento del Coeficiente Intelectual, y esto se observa claramente en los pacientes del G.A. ya que presentan mejores síntomas que los del G.D.

En dicho estudio, Galindo indica que los esquizofrénicos mostraron deficiencias importantes de aprendizaje, lo cual refleja una incapacidad para beneficiarse de la retroalimentación externa y de la experiencia frente a actividades que implican formación de conceptos. Los pacientes del G.D. también muestran dicha insuficiencia en la capacidad de aprendizaje lo que les ha impedido realizar actividades que les puedan ser de utilidad fuera del Centro. Sin embargo, al referirnos al G.A. se puede decir que no coincide este planteamiento ya que estos pacientes si tienen la capacidad de aprendizaje más presente que el G.D. y esto ayuda a que puedan aprender nuevas cosas y utilizarlas en beneficio propio.

Los pacientes del G.D. que son los que en su mayoría han estado más tiempo dentro del Centro, no mostraron diferencias en la dependencia o la autosuficiencia del Centro con respecto al G.A., estos resultados coinciden con

el estudio realizado por Hoff (pag. 45), donde no encontró diferencias significativas entre los pacientes crónicos y agudos, ya que presentaban alteraciones en el funcionamiento cognitivo, independiente del tiempo de evolución y del tratamiento recibido.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, las características intelectuales y motora, son las que aparecen como más significativas en cuanto a diferencias entre los grupos, mientras que las demás características evaluadas de personalidad no fueron tan diferentes entre los grupos.

Por otra parte, el conocer las particularidades específicas de los pacientes del Centro, puede servir para establecer estrategias de rehabilitación que permitan ayudarlos a compensar sus alteraciones conductuales y de esta manera lograr una mayor autosuficiencia del Centro para todos los pacientes.

6.1 Limitaciones y sugerencias

Algunas limitaciones que muestra la presente investigación son las siguientes:

- En este estudio se trabajó con una muestra pequeña, lo que le resta representatividad a los resultados.
- Los efectos de los medicamentos administrados a los pacientes, pueden haber tenido alguna influencia en el rendimiento frente a los tests.
- La muestra solo incluyó a pacientes del género masculino.

6.1.1 Cómo rehabilitar en unidades de larga estancia

Para realizar los programas de rehabilitación para pacientes psiquiátricos, es necesario tomar en cuenta varios puntos, siendo uno de los de mayor importancia el hecho de la hospitalización que se tiene con varios de los pacientes quienes llevan dentro de la Institución varios años de residencia generando cierta cronicidad en su enfermedad lo que dificulta la rehabilitación de la enfermedad psiquiátrica, cuando el objetivo es lograr contrarrestar el efecto de cronicidad antes mencionado.

- La rehabilitación se debe centrar en el abordaje de las necesidades, demandas e intereses de cada paciente.
- La rehabilitación tendrá como objetivo prioritario el abordaje de las relaciones funcionales establecidas con el ambiente natural del paciente, intentando reproducir éstas de forma artificial en el marco hospitalario, para después de un adecuado entrenamiento, propiciar la interacción exitosa con el exterior.
- La rehabilitación podría incluir actividades se realicen en ámbitos distintos, procurando utilizar la mayor parte de los recursos comunitarios del entorno.
- La relación entre pacientes y profesionales es de importancia esencial en la rehabilitación.

Por otra parte el CAIS Coruña Hombres, al pertenecer a un contexto de contención y control, se configura como una estructura adecuada que representa un eslabón más de la cadena de dispositivos para la rehabilitación. Por un lado, constituye un entorno propicio para la evaluación. Dado el fracaso del individuo en los dispositivos comunitarios, este dispositivo, ofrece un ambiente en el que pueden ser aisladas y manejadas las variables implicadas en el fracaso previo. Aunque la mayor parte de las conductas psicóticas proceden de la estimulación interna, es interesante determinar qué circunstancias y situaciones discriminan con mayor probabilidad este tipo de respuestas en el individuo. De ahí que la labor del equipo sea fundamental a la hora de evaluar, observar y registrar las conductas problema y elaborar un plan individualizado de tratamiento que determine y priorice objetivos e intervenciones, así como asigne profesionales responsables a cada intervención. Por otro lado, permite la puesta en práctica de entrenamientos estructurados y dirigidos al control de los síntomas, fortalecer la red social natural (familia, amigos), mejorar la capacidad de adaptación al medio del ingreso como paso previo a otros ambientes más normalizados, aumentar y mejorar el contacto con el exterior y modificar los aspectos socioeconómicos que faciliten la acomodación del sujeto a su entorno.

6.1.2 Condiciones que facilitan la eficacia de los programas de rehabilitación

- Favorecer la formación de grupos homogéneos de pacientes que puedan compartir programas de rehabilitación. Los criterios deberán establecerse teniendo en cuenta aspectos tales como: intereses, desempeño conductual, déficits, historia previa, edad, aficiones, etc.
- Diseñar ambientes tanto arquitectónicos como estructurales cuyas características particulares de similitud con el entorno natural al que pertenece el residente, le diferencien claramente del contexto hospitalario global, y donde se lleve a cabo un abordaje más rehabilitador que asistencial, en el que se fomente la autonomía en detrimento de la dependencia.
- Segmentar el grupo paulatinamente hasta llegar a la individualización de la intervención. Para ello es necesaria la figura de un tutor que centralice toda la información y el proceso de toma de decisiones, garantice que las necesidades del residente estén cubiertas, desarrolle el plan individualizado de tratamiento y de una continuidad e uniformidad al mismo.
- Convertir al personal de la unidad en agentes rehabilitadores, que más que desarrollar el trabajo específico de su área profesional, trabaje desde una filosofía rehabilitadora que impregne y dirija el afrontamiento y el desempeño de cualquier tarea profesional. Se configurará como un equipo de rehabilitadores, con conocimientos específicos en las áreas profesionales concretas.
- Intervención familiar individual y grupal que faciliten la implicación de las familias en el proceso rehabilitador de los residentes y hagan más probable el establecimiento de relaciones funcionales adecuadas toda vez que el residente vuelva a su entorno natural. En cualquier caso, es esencial la existencia de equipos multidisciplinares que permitan la evaluación y rehabilitación de capacidades y habilidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellak, L. (1962). *Esquizofrenia, revisión del síndrome*. Barcelona. Editorial Herder.
- Bilder, RM, Degreef G, Pandurangi AK, Rieder RO, Sackeim HA, Mukherjee S. (1988). *Neuropsychological deterioration and CT scan findings in chronic schizophrenia*. Schizop Res;
- Binder, A. (1956). *Schizophrenic Intellectual Impairment Uniform or Differential?*. J. abnorm. soc. Psychol.
- Brown, J. W. (1993). *Frontal Lobe Syndrome*. En P J Vinken G W Bruyn. Am J Psichiat.
- Brown, G.W., Birley J.L.T. & Wing, J.K. (1972). *Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication*. British Journal of Preventive and Psychiatry, 121, 241-258.
- Cadwel, C.B. (1990), *Gottesman II: Schizophr Bull* 16.
- Colodrón, A. (1990). *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. España. Siglo XXI.
- Contreras C. (1995). *Descripción comparativa de un grupo de sujetos con un primer brote psicótico y un grupo de sujetos esquizofrénicos, a través de la prueba de sortear cartas de Wisconsin (W.C.S.)*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- Craig, G. 2001. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall. Octava edición. México.
- *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson, 1995.
- Espejel, Emma (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familias*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Falloon, I.R.H.; & Pederson, J. (1985). *Family managment in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment*. British Journal of Psychiatry, 147, 156-163.

- Freeland J, Puente A E. (1984). *Relative efficacy of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery and the WAIS in discriminating schizophrenics with and without brain damage*. J Clin Neuropsychol. 6: 261-63
- Galindo y Villa G, Robles E. (1997). *Evaluación neuropsicológica de un grupo de pacientes con esquizofrenia*. Salud Mental. 20, Supl 3: 28-31
- Gil, R. (1990). *Neuropsicología*. MASSON S.A. Barcelona.
- *Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. (2001). Psiquiatría editores, S.L. Barcelona.
- Heaton RK, Baaden LE, Johnson KL. (1978). *Neuropsychological tests results associated with psychiatric disorders in adults*. Psychol Bull. 85: 141-162
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Departamento de Grupos de Apoyo. Grupo de Autoayuda.
- Jaria, A. (1953). *Osservazioni Sui Test del Profilo Intellective in Schizophrenici of Vecchia Data*. Arch. Psicol. Neur. Psych.
- Kolb B, Whishaw Y. *Fundamentos de neuropsicología humana*. Barcelona: Editorial Labor, 1986
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-vries, R. & Sturgen, D. (1982). *A controlled Trial of Social intervention in the families of schizophrenic patients*. British Journal of Psychiatry, 141, 121-134.
- Pantelis CA, Harvey G, Plant E, Fossey P, Maruff GW, Stuart WJ, Brewer HE, Nelson TW, Robbins, Barnes TRE. (2004). *Psychological Medicine*. 34: 693-703
- Peters, H. N. (1953). *Multiple Choice Learning in the Chronic Schizophrenic*. J. clin. Psychol.
- Rabin, A. I. (1945). *Social Contacts of Psychiatric. Patients-Some Preliminary Observations*. Psychiat. Quart. Suppl.
- Randolph, E., Eth, S., Glyn, Sh., Paz, G., Leong, G., Shaner, A., Strachan, A., Van vort, W., Escobar, J. & Liberman, R. (1994). *Behavioural family management in schizophrenia*. Outcome of a clinic-based intervention. British Journal of Psychiatry, 164, 501-506.
- Mancera, J.L. *La esquizofrenia*. Revista postgrado. Universidad Autónoma de Guadalajara.

- Silva H. (1998). *Los síntomas fundamentales de la esquizofrenia en la obra de Armando Roa*. Rev Psiquiat Clon. 35: 45-50
- Simkin, J.S. (1950). *An Investigation of differences in Intellectual Factors Between normal and Schizophrenic adults*. Unpublished doctors dissertation. Univer. Of Michigan.
- Smith, J.V. & Birchwood, M.J. (1987). *Specific and Non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative*. British Journal of Psychiatry, 150, 645-652.
- Stotsky, B. A. (1952). *A comparison of Remi Hing and Nonremitting Schizophrenics on Psychological Test*. J abnorm, soc. Psychol.
- Tarrier, N., Barrowclough, Ch., Porceddu, K. & Fitzpatrick, E. (1994) *The saldford familiy intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years*. British Journal of Psychiatry, 165, 829-832.
- Wiener, D. N. (1951). *A Control Factor in a Social Adjustment*. J. abnorm. Soc. Psicol.