



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Revisión Multidisciplinaria de la Esquizofrenia: Una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
JONNATHAN JAIR LUNA GRANADOS
ALFREDO LEONEL ROMERO HERNANDEZ

Director: Dr. **Florencio Miranda Herrera**

Dictaminadores: Dra. **Aida Ivonne Barrientos Noriega**

Mtra. **Rosa Isela Ruíz García**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



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.

Agradecimientos

A mis padres:

Cristina Gilda Hernández Guzmán: Gran parte de lo que soy ahora es parte de tu logro como madre, como apoyo y como guía, agradezco y me siento afortunado por haberte tenido como madre es por eso que estas líneas son para ti. Quizá y las palabras que describen mi cariño y agradecimiento por ti no serán absolutas, ya que en este momento sólo termino una etapa de mi vida. Durante el transcurso de mi vida hemos pasado por diferentes circunstancias algunas buenas otras no tanto, pero siempre me enseñaste a ver hacia adelante y continuar mi camino y si hoy soy un hombre de bien te lo debo a ti. Te amo madre y agradezco todo lo que has hecho por mí.

Alfredo Javier Romero Hernández: debo agradecer tu presencia en momentos importantes, además del apoyo que me has brindado durante 24 años y que junto con mi madre siempre impulsaron nuestra vida académica, esté día y la finalización de mi formación como profesional también te la dedico a ti.

Itzel Montserrat Romero Hernández: Tengo la fortuna de contar con una gran amiga, una gran persona, una gran médico y además decir que es mi hermana. Los mejores momentos de mi vida los he pasado contigo, porque sólo nos llevamos 3 años de diferencia y realmente siempre hemos estado juntos. Tengo la confianza de que podremos contar el uno con el otro cualquiera que sea la circunstancia. Contigo me voy a atrever a hablar de un amor puro porque nos une mucho más que solo un lazo sanguíneo, te amo y siempre agradeceré tu paciencia, confianza y cariño.

Kevin Javier Romero Hernández: Siempre me he sentido muy afiliado a ti, no solo porque seamos hermanos, sino porque tenemos muchas características similares y compartimos algo de lo cual muchas personas carecen, "el respeto". Desde muy pequeño compartí momentos inolvidables a tu lado, desde que me esperabas para dormir en la secundaria hasta ahora cuando me acompañas a mis reuniones. Eres y serás una pieza fundamental en mi vida. Agradezco cada momento que compartes a mi lado, tu paciencia y tu cariño, te amo.

A mis amigos:

Mauricio Albarrán Hernández: Amigo, colega y compañero de desmadre esto es solo parte de lo que somos y de lo que compartimos, con el tiempo hemos forjado un gran lazo que va más allá de la amistad, somos hermanos. Contigo tengo la fortuna de compartir mis logros, mis alegrías y disfrutarlo tanto como compartir mis penas. Sé con certeza que no eres incondicional y que quizá compartamos muchas cosas más y muchas otras no, pero el tiempo que esté a tu lado los disfrutaré. Seguro podré compartir una buena cerveza cuando concluya mi examen, ¡por los que se la saben!

Raymundo Alonso Damian: Eres sin duda uno de mis mejores amigos y es por eso que te dedico unas palabras en esto que concluye una etapa de mi vida, la primera en el ámbito profesional. Eres una persona que respeto y admiro, me

has enseñado muchas cosas a cerca de la vida y de la amistad, contigo comprendí lo que realmente significaba una amistad y no solo un compromiso o algo banal. Has estado en gran parte de mi vida y me has inspirado para seguir adelante y puedo decir que eres parte fundamental de este logro.

Gabriel Nahúm Bermejo Candía: con el paso del tiempo te has adentrado en mi vida y es por eso que en este trabajo quiero dedicarte unas palabras de agradecimiento a tu apoyo, paciencia y sobre todo a tu amistad, que me has brindado en esto 6 años de conocerte. Quizá no pasamos el suficiente tiempo por nuestras actividades en la semana, pero has sido muy influyente en mi vida, además contigo tengo la confianza para compartirte desde una cuestión personal hasta la cuestión sin más relevancia y sé que siempre recibiré una buena cara y un buen consejo de tu lado.

Diego Chavelas Magaña: La familia es el núcleo fundamental en el desarrollo de cada persona, pero uno nunca elige su familia, por lo menos en los primeros años de vida. Eres parte de mi familia Shave y como parte de ella cuentas conmigo y tenemos una conexión y afinidades y he crecido a tu lado en poco tiempo. En este corto tiempo he conocido a una persona a la cual le guardo mucho cariño, respeto y admiración a sus actos y palabras. Realmente no sé si compartamos toda una vida junta, pero siempre existirá una hermandad entre nosotros.

Cintha Illarramendi Hernández: Contigo aprendí la conexión que puede existir entre dos personas que va más allá de la afinidad y pensamientos compartidos, contigo he crecido como amigo y como persona, nuestra amistad no es convencional, podemos vernos 3 o 4 veces al año y a pesar de que podemos recapitular lo que ha pasado en nuestras vidas, la convivencia es sincronizada en un tono armonioso. No puedo expresar todo lo que siento por ti, ni lo agradecido que estoy porque compartas tu vida conmigo, pero así como todas las personas mencionas, eres parte de este logro, ya que tu apoyo, tu paciencia y tu amistad ha sido constante y siempre me he sentido cobijado con tu amistad.

Jonnathan Jair Luna Granados: Una de las personas que siempre me recordara la Universidad de seguro serás tú, aún recuerdo el primer día en el que te hable con tu copete tipo cresta y brackets. Ese personaje tan curioso y chistoso, se convirtió en uno de mis mejores amigos y dio un significado especial a mi etapa como universitario. Este trabajo es parte de un logro en conjunto. Hemos pasado muchas cosas juntos, logros, fracasos y en esta ocasión compartimos el fin de una etapa en la cual saldremos victoriosos.

Paulina Montserrat Molina Téllez: Pasamos poco más de la carrera juntos y fue a finales de ella cuando afianzamos esto que llamamos amistad, te agradezco todo y cada minuto que has dedicado a esta amistad, tu apoyo y tu determinación para lograr que siga adelante. Sabes muy bien lo que siento por ti y espero seguir contando contigo durante muchos años, este trabajo y lo que resulte de él también ira dedicado a ti.

Juan Pablo Porras Aranda: La palabra hermano es la primera que se viene a mi mente cuando recuerdo tu nombre, no compartimos la misma sangre pero si una afiliación casi como si lo fuéramos, eres parte de mi familia, si algún día llego a tener hijos y tú también seguro serán primos y se serás el tío Juan. Muchas veces somos muy inexpresivos verbalmente, aunque tengo la certeza de decir que nos topamos, no somos una familia normal, pero si una muy unida, donde existe hermandad y solidaridad. Es curioso, ya que si hubiera terminado mi tesis hace 2 años no serías mencionado, pero nos encontramos y en este momento tengo la fortuna de agradecerte el tiempo, las pláticas, los consejos y hasta los silencios. Gracias por tu apoyo

Andrea Mishel Rendón Esquivel: En muy poco tiempo te has convertido en una gran amiga, hemos compartido una serie de eventos que nos han unido. Aprecio tu tiempo, tu espacio, tus consejos y cada una de tus palabras tanto en mis momentos de necesidad, como en mis momentos de alegría y simpleza. Eres una persona importante en mi vida y eres parte de este logro y espero que seas parte de muchos más.

A la Familia Serratos

José Antonio Serratos Hernández: Comencé con un cariño por Mariana, pero con el paso del tiempo su gran familia me fue cobijando con un aprecio característico, que sólo ustedes pueden ofrecer. Considero que es usted una gran persona y un excelente profesionista, por lo que es un referente en mi vida y un ejemplo a seguir. En estos casi 7 años que llevo de conocerlo he adquirido un gran aprecio y admiración, ha sido como un segundo padre para mí.

Nelly Beltrán Amaya: Me siento afortunado de tener una gran suegra, agradecido porque ha sido como una segunda madre para mí, he tenido cualquier tipo de apoyo de su parte. Siempre he recibido un buen trato, siempre me ha consentido y realmente me siento muy contento dentro de su familia, la quiero y me siento en deuda con usted y este trabajo también es gracias a usted.

Miriam Serratos Beltrán: Miri tú eres una más de mis hermanas, sé que quizá contigo no soy muy expresivo, pero tienes un significado muy grande en mi vida, te conozco desde hace casi 7 años y he visto cómo has crecido y madurado, ahora con este regalo que has traído al mundo (Ámbar) estoy muy contento y voy a consentir a mi sobrina, debo de confesar que tanto a ti como a Ámbar las adoro como no tienes idea. Gracias por todo.

Mariana Serratos Beltrán: La dedicatoria más importante seguro debía ser para la persona más importante, esta eres tú. A ti te debo muchas cosas te debo más de lo que puedo ofrecerte. Hemos crecido y madurado juntos, hemos seguido un camino juntos durante 6 años y medio y seguimos logrando nuestros objetivos juntos. No sé qué depara el futuro para nosotros, pero sé con certeza en este momento quiero estar a tu lado y seguir compartiendo miles de emociones, fracasos, silencios, alegrías y por supuesto cariño.

Te debo a ti los mejores momentos de mi vida y es por eso que en este momento quiero dedicarte este día ya que sin ti las cosas serían diferentes, en este momento son magníficas y quiero que sigan estando de la misma forma, eres hasta la fecha de las pocas personas que puede leer mi alma y la única que quizá lo hace a la perfección, me has consentido desde que nos conocemos y es el día de hoy que lo sigues haciendo y por esto y miles de cosas más te amo como siempre lo he hecho, y no lo dejare de hacer aunque no estemos juntos.

Aprovechare estas líneas para expresarte mi deseo más profundo y que siempre procures tu bienestar aunque yo no esté en tu camino, nunca deposites tu vida en las personas que te rodean, eres capaz de realizar lo que quieras, nunca te detengas, admiro tu determinación y admiro tu liderazgo, he aprendido mucho de ti y quiero seguirlo haciendo.

Agradezco especialmente al apoyo que me han brindado personas que laboran conmigo; tales como: *Ezequiel Ríos Márquez, Rosa María García Carreto, Arturo Ignacio Ortiz Torres, Arlet Sairy Ventura Alvarado y especialmente a María Yadira Pérez Rojas, María del Carmen Aglaé Díaz Pérez y Roberto Arturo Baños Tapia* porque me han dado la oportunidad de crecer como profesional y su apoyo ha sido fundamental para lograr mis objetivos.

A mis tutores

Florencio Miranda Herrera: Ha sido mi mentor desde que estamos en tercer semestre, usted nos vio crecer como estudiante y hoy es parte de nuestro logro como profesionales, es por ello que quiero agradecer su paciencia, tiempo y dedicación que recibimos para este trabajo, aunque en este momento celebramos la culminación de una etapa, usted es una pieza fundamental para que esto saliera con éxito.

Rosa Isela Ruíz García: Cuando recuerdo la universidad, sus clases y sus instalaciones la primera persona que se viene a mi mente es seguro la maestra Rosa, ya que nos dio las bases de la que es la psicología y no vio desde que comenzamos y ahora tiene la oportunidad de ver cuando terminemos, me siento afortunado por tenerla a usted como tutora y agradezco todo el apoyo que nos ha brindado y el tiempo que ha aportado a cada uno de los estudiantes que han pasado por sus enseñanzas.

Aida Ivonne Barrientos Noriega: Profesora Ivonne agradezco su apoyo y su tiempo para que este trabajo pudiera salir correctamente, tanto usted como cada uno de los tutores serán fundamentales en mi vida ya que son parte de la universidad nacional autónoma de México de la cual me siento muy orgulloso.

ÍNDICE

Introducción	3
Justificación	6
Capítulo I Esquizofrenia	7
1.1 Antecedentes Históricos	7
1.2 Definición y características	8
1.2.1 Alteraciones y repercusiones en el lenguaje esquizofrénico	10
1.3 Fases de la esquizofrenia	12
1.3.1 Fase prodrómica	12
1.4 Tipos y características de la esquizofrenia	13
1.4.1 Paranoide	13
1.4.2 Hebefrenica	14
1.4.3 Catatónica	15
1.4.4 Simple	15
CAPITULO II Modelos explicativos de la esquizofrenia	16
2.1 Médico	16
2.2 Biológico	19
2.3 Cognitivo Conductual	23
2.4 Social	26
CAPITULO III Diagnóstico de la esquizofrenia	31
3.1 Diagnostico en la fase prodrómica	32
3.2 Diagnóstico en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia	33
3.3 Diagnóstico ansiedad-estado en la esquizofrenia	36
3.4 Diagnóstico insight multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas de la esquizofrenia.	37

CAPITULO VI Tratamiento de la esquizofrenia	39
4.1 Intervención farmacológica	39
4.2 Intervención cognitivo conductual	43
4.3 Intervención de psicoterapia individual	46
4.4 Intervención social	47
4.5 Propuesta de intervención	49
Conclusiones	51
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es una enfermedad que se presenta en nuestra sociedad con un alto porcentaje sin ser apreciada, ésta se caracteriza por una gama de síntomas que incluye alteraciones en el contenido y forma del pensamiento, percepción, afecto, sentido de sí mismo, motivación, conducta y la capacidad de interacción en el ámbito social, suele confundirse con otras enfermedades cómo: depresión, ansiedad, estrés, traumas encefálicos. Aun cuando la esquizofrenia se considera como un sólo trastorno, en realidad es diverso y toma formas sumamente distintas de un individuo a otro, las cuales se conocen como tipos (Halgin y Krauss, 2003).

Dentro de la esquizofrenia vista como una alteración de la personalidad, se ubica la esquizotipia, la cual se caracteriza por una reducida capacidad para las relaciones personales, distorsiones cognitivas y comportamiento excéntrico, comenzando en una edad adulta. Se considera a la esquizotipia como una antesala de la esquizofrenia, razón por la cual un esquizofrénico también se le dificulta la discriminación de estímulos y que por ende le ocasionan problemas a nivel atencional. Estos factores repercuten a nivel cognitivo, ya que la conceptualización del mundo y lo “real” no es la correcta, fomentando un desarrollo cognitivo en el paciente de forma alterada. Algunos autores consideran que la esquizotipia al guardar tanta relación sintomatológica con la esquizofrenia puede ser un indicador pre – esquizofrénico, por tal motivo es de suma importancia realizar estudios y sistemas de identificación (Jiménez, Manuela, García y Garrancho, 2004).

Las personas diagnosticadas con esquizotipia presentan un déficit en la atención sostenida a comparación de personas normales, en su dimensión negativa (como factor interpersonal) menor índice de sensibilidad; las personas con esquizofrenia cuentan con menores recursos cognitivos para tareas demandantes mostrando un descenso en su rendimiento; por ejemplo los pacientes con mayor sintomatología negativa muestran menos capacidad atencional. Las personas con rasgos esquizotípicos de personalidad, no presentan diferencia en el rendimiento atencional (alta y baja) (Vázquez, Nieto-Moreno, Cerviño y Fuentenebro, 2006).

Por la necesidad práctica que la enfermedad demanda, se han creado subgrupos de esquizofrenias con diversos cuadros clínicos con características generales, sin embargo en la actualidad es complicado discriminar los subgrupos de esquizofrenias (Bleuler, 1993;

Halgin y Krauss, 2003). La característica de éste grupo es la delimitación y definición de síntomas. A pesar de que en ocasiones se pueden presentar síntomas de diversos grupos a la vez, generalmente los síntomas se repiten y coinciden con la división de grupos actual. Existen 4 grupos principales en la esquizofrenia: paranoide, catatónica, hebefrénica y simple. La forma paranoide se caracteriza por presentar un cambio en la identificación con la realidad, generando incertidumbre sobre las situaciones rutinarias, el tipo catatónica afecta la vida cotidiana al presentarse la más severa inmovilidad o letargo hasta la conducta más dinámica. La esquizofrenia hebefrenia principalmente presenta demencia y una modificación en pensamiento y finalmente la esquizofrenia simple, ocasiona la pérdida de voluntad propia, disminuye la capacidad de trabajo, y el cuidado de sí mismo.

Debido a las alteraciones a nivel atencional, el esquizofrénico presenta distorsiones en su lenguaje; éste es uno de los principales parámetros para la identificación de un problema esquizofrénico, el cual puede presentar una variedad de características dependiendo del tipo de esquizofrenia. Las características de este tipo de distorsión, podrán ser constituidas por mínimas alteraciones en el significado gramatical del lenguaje o la desorganización total de éste.

Las características sintomatológicas que la esquizofrenia presenta pueden ser estudiadas por diversas ciencias (Biología, Medicina, Psicología, sociología, enfermería, etc) y sobre todo por diferentes modelos explicativos; lo que le brinda a esta enfermedad la cualidad multidisciplinaria, factor que ocasiona que en algunos estudios o tratamiento existan ambigüedades teóricas (Morera, Henry, García-Hernández, Fernández-López; 2007). Sin embargo se consideran puntos importantes como: 1) Es un trastorno a nivel neuronal con repercusiones a nivel comportamental, cognitivo y emocional, los cuales generalmente son el factor principal de identificación de la enfermedad 2) Se le atribuye un desfase cognitivo 3) Por la relación de cogniciones y conductas de los esquizofrénicos, la esquizofrenia es catalogada como una enfermedad mental que afecta la conductas sociales. Considerando este último punto es importante visualizar el impacto de la enfermedad a nivel social ya que en estudios estadísticos se ha demostrado que en la sociedad actualmente se presenta en un 2% (en algunas sociedades hasta el 6%) de población, dato que en porcentaje probablemente no es alarmante, sin embargo se agrava una vez que se traslada este porcentaje un número real de personas (Ruiz - Vargas, 1987). Otro factor importante

a considerar, son las consecuencias a nivel social que el esquizofrénico padece, ya que genera discriminación o desaprobación laboral a estas personas; por ejemplo en estudios realizados sobre la relación laboral y esquizofrenia, se encontró que de una muestras de 150 personas el 68% de éstos, estaban capacitados para ser ciudadanos económicamente activos para pertenecer al entorno laboral, sin embargo, debido a las creencias sociales o representaciones de la cultura popular, las empresas limitan demasiado la contratación de este tipo de personas, por falta de información sobre la enfermedad (Chuaqui, 2005).

JUSTIFICACIÓN

Se considera a la esquizofrenia como una enfermedad a nivel neurológico con repercusiones a nivel cognitivo y comportamental, que afecta en igual proporción a hombres y mujeres sin embargo, tiene algunas diferencias genéricas: los hombres la inician a edades entre 15 a 25 años, mientras que las mujeres, entre los 20 y 35 años; los primeros tienen una evolución severa. Teniendo en cuenta lo anterior, se afirma que la esquizofrenia es un problema en términos prácticos de tipo individual, pero con repercusiones considerables a nivel social. Las intervenciones, en su gran mayoría están enfocadas a la medicación del paciente para buscar la compensación o bien la modificación neuronal del paciente sin tomar en cuenta los aspectos de tipo social, que en términos prácticos son las conductas desadaptadas ante los criterios de la sociedad. Dentro de las instituciones psiquiátricas los especialistas han detectado una tendencia a resistir la medicación por parte de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, lo que propicia que de 34 personas no hospitalizadas referidas en consulta externa, en un rango de un 55% a 60% continúan presentando ideas delirantes o modificaciones cognitivas con repercusión a nivel conductual, y que dichos síntomas prevalecen después del tratamiento farmacológico. De éstos 30% intentan quitarse la vida y alrededor del 10 a 13% lo logran (Fowler, 2000). Por tal motivo es importante generar alternativas de tratamiento donde se considere la intervención de tipo conductual para brindarle al paciente las herramientas sociales que le permitan la interacción con su medio, sin dejar a un lado o desvalorizar el aspecto neurológico y farmacológico, puesto que este rubro es la génesis de la enfermedad. Por tal motivo el objetivo del presente trabajo es la integración teórica de las intervenciones de la esquizofrenia, añadiendo propuesta de trabajo conductual para poder abarcar las cuestiones neurológicas y las comportamentales como complemento de la intervención a la esquizofrenia; si bien la psicología no es una ciencia que se involucre en su totalidad al estudio neurológico de esta enfermedad, es importante documentar las alternativas e intervenciones que esta puede aportar desde su perspectiva.

CAPITULO I

ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes Históricos.

Es importante hablar sobre los sucesos que dieron pauta a lo que ahora conocemos por esquizofrenia, es por ello que a continuación se presentan algunos antecedentes sobre este trastorno.

La esquizofrenia no se conocía con ese término. En el siglo XVIII y hasta el XIX fue conceptualizada de diferentes formas, como una alteración de la inteligencia o deterioro intelectual, en éste periodo fue definida cómo: estupidez, idiotismo y demencia crónica. Hacia 1896 Emil Krappelin introduce un término nuevo denominado demencia precoz que comprendía un cuadro de ideas delirantes, que se presentaba tanto en personas jóvenes cómo en adultos, éste autor es el pionero en configurar la categoría de esquizofrenia sin darle el nombre (Del Pozo; 2009).

El termino esquizofrenia, cuyo significado etimológico es mente dividida, fue introducida por Eugen Bleuler, discípulo de Kraepelin. Bleuler, a diferencia de Kraepelin, privilegiaba el cuadro de estado por sobre el curso evolutivo de las enfermedades. Intentaba captar la esencia de esta patología, concluyendo que la esquizofrenia consistía en una escisión de la relación entre las funciones psíquicas. Bleuver dio la primera definición de esquizofrenia, la cual describió cómo un grupo de enfermedades que rompen con las relaciones normales del mundo real despojando al paciente de las relaciones con su medio, y desembocando la destrucción de la personalidad (Del Pozo, 2009).

Hacia 1913 Karl Jaspers definió la esquizofrenia como un proceso psíquico que a diferencia de otros trastornos, es psicológicamente incomprensible y tiene un elemento de irreversibilidad, cualidad que atribuyo únicamente a la esquizofrenia.

Ya en 1935 Kurt Schneider distinguió un grupo de síntomas a los que llamó de primer rango los cuales consisten en algunos tipos característicos de alucinaciones y delirios a los que atribuyó una importancia decisiva para el diagnóstico. Estos síntomas fueron incorporados en los sistemas diagnósticos actuales, tales como el *Diagnostic and statistical manual* de la American Psychiatric association. (DSM IV).

Por último, en años recientes, autores como Timothy Crow y Nancy Andreasen han destacado la existencia de dos grupos de síntomas llamados positivos y negativos que responden de manera distinta a los tratamientos con fármacos antipsicóticos y que parecen representar dos dimensiones diferentes de la esquizofrenia.

1.2 Definición y Características.

La etiología específica de la esquizofrenia no se ha podido establecer puesto que es una enfermedad compleja que no puede explicarse por un factor único ya sea genético o ambiental, ocasionado por la falta de identificación del fenotipo que la origina, lo que ha permitido la creación de distintos modelos explicativos con diversas vías patógenas. Partiendo de la idea que la identificación, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia no puede ser focalizado en un solo factor, se ha integrado el modelo diátesis – estrés, que postula dos características básicas de la esquizofrenia: la presencia de una vulnerabilidad específica para la enfermedad (diátesis) que a su vez, puede presentarse o precipitarse por diversos factores ambientales (estrés). Se considera que la vulnerabilidad a la esquizofrenia puede ser genética. Sin embargo la vulnerabilidad no siempre es genética, ya que puede manifestarse por factores etiológicos adquiridos, tales como las complicaciones perinatales (la exposición al virus de la influenza en el embarazo, la desnutrición durante el embarazo, las complicaciones obstétricas, etc..) o el estrés familiar.

Con base a estos principios se establece que la esquizofrenia es un trastorno mental psicótico, de etiología desconocida con alteraciones en el pensamiento, estado de ánimo y comportamiento, mientras que la conciencia y la capacidad intelectual se conservan. La

esquizofrenia presenta una serie de síntomas negativos y positivos característicos (Gómez, Hernández, Santacruz, y Uribe, 2008). Los síntomas negativos se caracterizan por alteraciones en la afectividad de la persona, aplanamiento emocional, presentación de abulia (falta de voluntad o iniciativa), alogía (empobrecimiento del pensamiento) y deterioro psicomotor. Los síntomas positivos son delirios y bloqueos. Su curso es muy variable, con un inicio que puede ser agudo o insidioso, el cual no es necesariamente deteriorante, aunque este aspecto se presenta en la mayoría de los casos. Para que una persona sea diagnosticada como esquizofrénica debe de presentar signos continuos característicos del trastorno durante, por lo menos seis meses por lo que una persona con este trastorno puede presentar un deterioro en el desempeño laboral, social y de las relaciones interpersonales. (Alarcon , Mazzontti, y Nicolini; 2005).

Es importante señalar que la esquizofrenia se presenta con mayor incidencia alrededor de los 15 a 25 años en hombres, mientras que en las mujeres va de los 25 a los 35 años; los factores de riesgo que promueven la aparición de la enfermedad son: la presencia de padres o abuelos con el diagnóstico de esquizofrenia, esto aumenta el riesgo de padecerla en comparación con la población normal, el consumo de drogas como las anfetaminas, ácidos, cocaína, etc., el padecimiento en la infancia de alguna enfermedad como epilepsia, trauma encefálico; así como alteraciones del comportamiento en la infancia, aislamiento, violencia, apego excesivo y el estar expuesto en la infancia a un modelo paterno o materno de tipo paranoide (Del Pozo; 2009).

Algunos estudios han demostrado que cuándo una persona con esquizofrenia realiza un test que estimule el lóbulo frontal se observa en la tomografía por emisión de fotón único, que aumenta el flujo sanguíneo; se sabe que las alucinaciones auditivas son debido a un aumento de la actividad de las regiones del cerebro especializadas en la percepción del lenguaje, éste lenguaje en el diagnóstico de esquizofrenia se ve reflejado como un lenguaje externo desconocido o el pensar sin habla se percibe ajeno (Fernández y col. 2005). Un punto importante de referencia es el lóbulo frontal, presenta las conocidas “funciones ejecutivas” ya que es la última línea en la evolución del desarrollo cerebral, si se daña esta parte del cerebro se pierde la atención, la capacidad de abstracción, la voluntad, la fluidez

del pensamiento, la anticipación, la capacidad de planear a futuro y los vínculos afectivos. Al dañarse el sistema límbico se altera el lenguaje, la percepción, la memoria y el control de las emociones. Los ganglios basales y el tálamo funcionan como el filtro de información que sale y entra del cerebro, interviene en el control de la cantidad de dopamina y coordina las actividades motoras; este daño en el sistema límbico es una de las principales causas de aparición de esquizofrenia. Otra génesis de la enfermedad, es la modificación de neurotransmisores o sustancias químicas relacionadas con la actividad cerebral, por ejemplo la risperidona, cloranzapina, haloperidol funcionan bloqueando los receptores dopaminérgicos, ya que en la esquizofrenia se ha detectado una mayor cantidad de dopamina que en otras personas, aun no se sabe si el exceso de dopamina es la causa o es una consecuencia de la esquizofrenia (Bleuler, 1993).

1.2.1 Alteraciones y repercusiones en el lenguaje Esquizofrénico.

La distorsión en el lenguaje, es uno de los principales parámetros para la identificación de un problema esquizofrénico. Las características de este tipo de distorsión, podrán ser constituidas por mínimas alteraciones en el significado gramatical del lenguaje o la desorganización total de éste. Uno de los principales aspectos en el lenguaje esquizofrénico es que la comunicación entre el interlocutor y el receptor esta distorsionada, lo que puede significar un problema de tipo social para el esquizofrénico. El tipo de afectación social se desarrollará de persona a persona o bien con todo un grupo social; sin embargo en los dos tipos de relaciones se encuentran dos formas de presentación en el déficit de la comunicación: de forma aislada (mutismo) o con una producción verbal semánticamente disociada (ecolalia). El mutismo es una de las conductas verbales más comunes de los esquizofrénicos, el cual se presenta en periodos más o menos largos. Este tipo de distorsión en el lenguaje se caracteriza por una asociación notable en la comunicación con los gestos, la escritura y con el dibujo. Normalmente se presenta un bloqueo psicomotor, ya que el sujeto comenzará a mover los labios aparentemente para gestionar algún sonido vocal, sin embargo, no se presentará ningún sonido, ya que se detiene bruscamente sin emitir sonido alguno; los músculos faciales parcialmente se tornan tensos lo que evita aun más la comunicación. En otras ocasiones el individuo no presta atención hacia la comunicación

de otras personas. Las formas más comunes del mutismo son el hablado entre dientes, el hablar a parte y en voz baja. El soliloquio es otra de las distorsiones esquizofrénicas en el lenguaje que se presenta en gran cantidad. Se caracteriza por un lenguaje no real, un lenguaje confabulado. Su conversación se puede desarrollar en voz muy baja o bien, demasiado alta y éste se puede desarrollar sólo en compañía de otras personas, sin embargo, a pesar de sus alteraciones sobre la realidad, no presenta alteraciones en significado de palabras ni gramaticalmente hablando. En el lenguaje esquizofrénico se presenta la distracción en las conversaciones como resultado del problema a nivel atencional que el individuo tiene; este tipo de manifestaciones es uno de los principales indicadores de problemas esquizofrénicos, ya que las respuestas generadas ante una situación no son en tiempo ni en forma, probablemente las respuesta o comentarios sobre un tema, se presenten en un tiempo desfasado de la conversación. La ecolalia consiste en la repetición inmediata e inútil de las palabras del receptor; frecuentemente la repetición de una palabra o de una frase puede durar semanas en el paciente; uno de los principales problema de esta característica es la ruptura del significado conceptual de la palabra o frase con el modo de utilización. Otra de las características del lenguaje en esquizofrénicos, son las estereotipas verbales, las cuales están constituidas de repeticiones constante y uniformes de palabras que se presentan de forma arbitraria; en ocasiones estas estereotipas verbales se presentan de forma inesperadas y se pueden convertir en modismos fijos en el esquizofrénico que distorsionan el significado de una frase. Semejantes a este tipo de frases sin sentido, las verbigeraciones son enunciados de conversación rápida, brillante impulsiva, y totalmente privada de significado. Las frases y palabras se suceden a gran velocidad, de carácter oponente o contradictorio al discurso en gestión, y generalmente sin ningún tipo de aportación o retroalimentación a la plática. Otra de las alteraciones comunes en los esquizofrénicos son las cantilenas, las letanías y declamatorias que van incluidas bajo la denominación de producciones verbales, silábicas o sonoras y sin carácter de lenguaje en la estructura ni en la función; sobre todo se caracterizan por un timbre nasal peculiar (“lesus”, ”deus”, “aho”, etc.). Finalmente la glosomanía son manifestaciones verbales privada de gramática, sintaxis y significado. El vocabulario se encuentra ausente y las palabras son una combinación de sonidos desordenados (Piro; 1995).

1.3 Fases de la esquizofrenia.

La esquizofrenia inicia por diversas sintomatologías previas a la aparición de la enfermedad, dichos indicios prevalecientes a lo largo de seis meses será un punto crucial para poder hacer el diagnóstico de esquizofrenia, tal es el caso de la fase prodrómica. Es importante señalar que en la fase Prodrómica o bien, la fase previa a la aparición de la enfermedad como tal; los síntomas característicos son los negativos, correspondientes al estudio e intervención psicológica, sin la intervención psiquiátrica hasta estos momentos. Por esta cuestión y considerando que ya en la fase inicial de esquizofrenia aparecen de forma simultánea síntomas negativos y positivos, esta obra solo se delimitara a desarrollar la fase prodrómica, ya que en el desarrollo de la enfermedad, el tratamiento es compartido entre psicólogos (síntomas negativos) y psiquiatras (síntomas positivos).

1.3.1 Fase Prodrómica.

La fase prodrómica es el periodo que antecede a la enfermedad de la esquizofrenia, ésta va seguida de una fase preesquizofrénica y una prepsicótica. La neurobiología ve a la fase prodrómica como un proceso nuevo e indiferenciado que representa un cambio, de forma mórbida en el sustrato neuronal lo que conlleva al síndrome psicótico, presentando síntomas como: disminución de la concentración, la atención, apatía, tristeza, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad y delirios de referencia. Se realizó un estudio retrospectivo de los síntomas prodrómicos en una muestra de 689 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, 257 mujeres y 437 hombres con subtipos paranoide y no paranoide, se analizaron sus historiales clínicos basándose en el sistema de asociación para la metodología y documentación psiquiátrica. El objetivo de ésta investigación fue recopilar datos sobre la fase prodrómica de la esquizofrenia a través del seguimiento de la enfermedad, evaluar los síntomas iniciales de la enfermedad (síntomas conocidos como pródromos en términos médicos), en función de variables como el sexo, el subtipo de esquizofrenia y el tipo de delirio, con el fin de hacer una intervención. Los resultados muestran que la sintomatología presentada con mayor frecuencia es: síntomas delirantes caracterizados por ideas de persecución, perjuicio,

referencia e ideación delirante; síntomas desorganizados: formados por alteraciones de la conducta, sociabilidad disminuida, conductas extrañas y agresividad; síntomas neuróticos: presentan depresión, insomnio y ansiedad. Respecto al género las mujeres muestran porcentajes ligeramente mayores en la sintomatología prodrómica neurótica que los hombres. Los pacientes con subtipo de esquizofrenia paranoide presentan en mayor grado ideas delirantes en comparación con los no delirantes que muestran señales desorganizadas, así mismo esta información se complementa con lo referente en la literatura en donde se menciona un mayor porcentaje en hombres que en mujeres, en éste estudio ambas frecuencias son similares. Los síntomas prodrómicos neuróticos se cree que son el reflejo de la propia psicopatología ya que se presenta tanto en varones como en mujeres. Los síntomas delirantes son iguales en ambos sexos pero en la esquizofrenia de tipo paranoide aparecen duplicados en comparación con los otros subtipos. En la fase prodrómica se ha detectado que los inicios se manifiestan de dos formas, los inicios agudos se caracterizan por ideas de persecución, perjuicio, referencia e ideación delirante, en el estudio se encontró en la muestra que un 39% experimento un inicio agudo; en cambio se encontró que un 60% presentó un inicio insidioso, los cuales presentan una sintomatología desorganizada formada por alteraciones de la conducta, sociabilidad disminuida, conductas extrañas y agresividad, esto concuerda con el curso natural de los cuadros clínicos de la esquizofrenia (Rofes, Bueno, Valero y Labad; 2003).

1.4 Tipos y características de la esquizofrenia.

Diversos autores han coincidido en la clasificación de los tipos de esquizofrenia considerando los signos específicos de la esquizofrenia. En términos generales existen 4 tipos de esquizofrenia: la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia catatónica, la esquizofrenia desorganizada o hebefrénica y la simple (Del Pozo; 2009).

1.4.1 Paranoide.

La esquizofrenia paranoide se caracteriza por delirios, presentan un cambio en la identificación con la realidad, generando incertidumbre sobre las situaciones rutinarias,

este aspecto es acompañado de ideas hilarantes, que durante el transcurso de la enfermedad genera una distorsión total de la realidad, ocasionando la afirmación del paciente sobre sucesos no reales y por ende conductas desadaptativas a nivel social. Uno de los principales síntomas es la aparición de pensamientos delirantes y frecuentes alucinaciones visuales y auditivas. Este tipo de alucinaciones provocan que el esquizofrénico paranoide dude sobre sus relaciones interpersonales, cree que no tienen un buen concepto de él, afirmando que ante la sociedad en general no es bien recibido. Todos estos síntomas desencadenan conductas violentas hacia cualquier persona que se relacione con él. Se daña la personalidad habiendo un rápido deterioro, en este tipo de pacientes suele predominar el humor delirante y la angustia. Se piensa en una edad de inicio aproximada a los 40 años, al inicio la persona presenta un estado perplejo y poco a poco se va sistematizando el delirio, termina por desarrollar cualquier idea delirante alrededor de la cual organiza su vida (Bleuler, 1993).

1.4.2 Hebefrénica.

Su característica es un comportamiento primitivo, comprende todas aquellas formas no catatónicas y paranoides. Generalmente el rango de edad es de los 15 a los 25 años de edad, sin embargo en términos generales estas personas en la quinta y sexta década de vida dejan de presentar cuadros clínicos hebefrénicos. La aparición de la demencia en este tipo ocasiona un habla desorganizada y distracción constante en pláticas interpersonales. Las alucinaciones presentadas son muy variadas sin embargo generalmente son ideas o percepciones totalmente desligadas de la realidad. Los pacientes se vuelven más débiles, afectiva e intelectualmente, con cuadros de demencia grave. Generalmente pueden participar en el campo laboral, sin embargo son limitadas las opciones por la discriminación a la que están sometidos, por eso solo consiguen trabajos con puestos bajos (Bleuler, 1993)

1.4.3 Catatónica.

La esquizofrenia catatónica no cuenta con un periodo preliminar ya que surge de forma súbita, se presenta una excitación de los síntomas esquizofrénicos generales, su característica primordial es una alteración psicomotriz generada. Esta agitación se ve reflejada en las conductas motoras, podemos encontrar una excitación y alteración del movimiento cotidiano del cuerpo al presentar una actividad motora excesiva en extremidades y constantes temblores en todo el cuerpo, podemos encontrar inmovilidad motriz total, ya que el esquizofrénico puede tomar una postura corporal rígida y mantenerla durante un periodo largo de tiempo ocasionando lesiones y traumatismo a nivel muscular. Estas modificaciones corporales están en función de los estados emocionales del esquizofrénico ya que un estado alterado de enojo o ansiedad podría generar agitación en todo el cuerpo, mientras que un estado de molestia o tristeza podría generar parálisis temporal del cuerpo. Los trastornos más comunes que se presentan son: mutismo, negativismo, posturas impuestas, agitación motriz intensa con lenguaje incoherente y un alto grado de agresividad. Existen dos formas parecidas de la catatónica, estas son, la catatonia periódica y catatonia aguda o mortal (Bleuler, 1993).

1.4.4 Simple.

Este tipo de esquizofrenia, se caracteriza por un cambio brusco en la personalidad del sujeto, puede confundirse con una crisis adolescente ya que la edad aproximada de aparición suele ser entre los 14 y 15 años, los síntomas más característicos que presenta el paciente son pseudo alucinaciones acústicas, intervención del pensamiento y en ocasiones ideas delirantes de significación alusiva pero mal sintetizadas; este tipo de esquizofrenia generalmente presenta mal pronóstico y el deterioro suele ser grande con un empobrecimiento progresivo de la personalidad. El esquizofrénico simple deja de tener cuidado personal.

CAPÍTULO II

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA.

Las alteraciones y la sintomatología que presenta un paciente esquizofrénico abarcan problemas a nivel atencional, alteraciones cognitivas, pobreza y dificultad emotiva, lesiones a nivel cerebral, modificaciones conductuales generales y dificultades para la dinámica social. La esquizofrenia es un trastorno complejo, que afecta no sólo al pensamiento y las emociones de las personas, sino también la capacidad para relacionarse con otras personas e incluso proyectar su futuro, es por ello que es importante abordar la enfermedad desde diversas disciplinas (Parellada y Fernández, 2005). De esta manera, desde un punto de vista médico, biológico, químico, psicológico y social se ha tratado de explicar la génesis y evolución de este trastorno, es por esta razón que a continuación se explicará el origen de la esquizofrenia desde estas perspectivas.

2.1 Médico.

Se conoce que la esquizofrenia es una enfermedad neuropsiquiátrica, causada por una alteración precoz del desarrollo cerebral de origen genético, que produce severas anomalías en las conexiones entre diferentes áreas del sistema nervioso. La causa de este trastorno está relacionada con factores etiopatogénicos como son infecciones virales, alteraciones neuroendocrinas, alteraciones bioquímicas, y alteraciones del sistema inmunitario. La correspondencia que existe entre la esquizofrenia y factores inmunológicos se observa en la existencia de los efectos psicomiméticos que las citocinas producen en los pacientes, es decir, sustancia capaz de provocar en un hombre sano un estado semejante a una psicosis aguda.

Con base a este discurso, se realizó una investigación la cual estudió las relaciones existentes entre psicopatología y proteínas de fase aguda en la esquizofrenia paranoide. Los criterios de inclusión fueron: ser pacientes del hospital universitario de Canarias y cumplir con los criterios del DSM-IV para la psicosis esquizofrénica de tipo paranoide; los criterios de exclusión fueron: que los pacientes presentaran una historia de alcoholismo, de

drogadicción, que estuvieran tomando medicinas que alteraran los niveles de las proteínas de fase aguda o que presentaran resultados anómalos en las pruebas de laboratorio. La muestra estuvo conformada por 13 hombres y 2 mujeres, todos los integrantes eran solteros y con una duración mínima de la enfermedad de 2.1 años. Al día siguiente del ingreso se evaluó la psicopatología mediante una versión española de la *Escala de Síndromes Positivo y Negativo*; después de una noche de ayuno se tomaron muestras de sangre y de orina. El análisis de laboratorio incluía, hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, urea, glucosa, colesterol total, etcétera. Las proteínas de fase aguda que se midieron fueron la ceruloplasmina y las fracciones 3 y 4 del complemento; estas proteínas se cuantificaron mediante técnicas de nefelometría. En los resultados se encontró que sólo dos ítems: atención deficiente y evitación social activa, de la escala de psicopatología general, se correlacionaron positiva y significativamente con las proteínas de fase aguda. De la escala negativa, cinco de los siete ítems mostraron una correlación positiva y significativa con las proteínas de fase aguda, estos ítems fueron: embotamiento afectivo, pobre relación, retracción social, apatía pasiva, falta de espontaneidad y fluidez de la conversación, por último pensamiento estereotipado. El hecho de que las tres proteínas de fase aguda que se valoraron en el estudio mostrasen una correlación significativa con la escala negativa de la *Escala Positivo y Negativo* da coherencia a los resultados (Morera, Henry, García-Hernández, Fernández-López; 2007).

La perspectiva medica, invita a considerar las alteraciones a nivel fisiológicos como un factor genérico de la enfermedad. Estudios realizados en pacientes con alteraciones en la estructura cerebral, ubicada en el lóbulo temporal derecho, el cual está encargado de la vivencia de la propia identidad provoca un déficit en el aspecto cognitivo en los tipos paranoide y hebefrénica, ya que no reconocen de manera holística las expresiones negativas en el rostro de otra persona o dan un significado equivocado a las expresiones neutras, tienen un bajo contacto afectivo con las demás personas y la familiaridad con el mundo circundante (Dergán, 2006). La lesión en este lóbulo produce síntomas como: irrealidad, despersonalización, alucinaciones psicosensores, alucinaciones auditivas, trastornos de la vigilancia y la atención. Esto sostiene el apoyo a la hipótesis que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo, los postulados apuntan que esta enfermedad presenta

anomalías de carácter genético o epigenético los cuales interfieren en estadios tempranos del desarrollo cerebral, así mismo, procesos posteriores del desarrollo cerebral muestran otros eventos neuropatológicos como: el estrés, el uso de sustancias tóxicas, la presencia de un trauma craneocefálico. Estas variables interactúan con la patología, lo que trae como consecuencia la aparición de síntomas y signos característicos de la esquizofrenia. Algunas anomalías se vuelven más pronunciadas con el tiempo, los procesos patogénicos pudieran estar presentes incluso durante los primeros síntomas psicóticos de esquizofrenia, ya que no se han realizado estudios previos al primer episodio. Durante la presentación de un primer episodio de psicosis, los pacientes con esquizofrenia presentan diferencias estructurales en los lóbulos temporales, esto refuerza la idea de que la esquizofrenia es un trastorno neuropsiquiátrico. Esta primera apreciación resulta congruente con la incapacidad del paciente esquizofrénico, en general, para competir con las demandas cambiantes del entorno e integrarse al grupo social. Desde el punto de vista neuropsicológico estos pacientes tienen un pensamiento rígido y manejan los recursos con cierta incapacidad para comprenderlos, usan más la memoria que la reorganización e incorporación de esquemas, lo que explica sus errores de razonamiento y juicio (Montoya, Lepage y Malla; 2005).

Gran parte de la información que ha brindado la medicina para el trastorno esquizofrénico ha sido muy útil para poder tener un tratamiento para está, sin embargo la falta de una etiología concisa ha ocasionado la producción de una serie de tratamiento farmacológicos para tratar la esquizofrenia, que en su mayoría tienen efectos secundarios y que con el tiempo y con un mal uso podrían llegar a ser más perjudiciales que benéficos.

Este modelo se enfoca generalmente al tratamiento de los síntomas positivos en la esquizofrenia, sin embargo en muchos casos deja descuidado el tratamiento de los síntomas negativos.

A pesar de los intentos por ofrecer un tratamiento eficaz para este trastorno, no se ha podido concretar con éxito.

Por último, es importante mencionar que la combinación de este modelo en conjunto con otro, como terapia cognitiva conductual y técnicas para habilidades sociales podría dar mejores resultados en pacientes esquizofrénicos.

2.2 Biológico.

Para la biología moderna el desarrollo humano es un proceso de alta complejidad, esta vertiente sustenta que el ser humano tiene una indeterminación, por lo cual no se puede predecir de manera exacta el desarrollo humano y su comportamiento; al ser tan complejo se genera en el humano una individualidad, ésta a su vez crea la autodeterminación, al conjugarse estas cualidades las personas se convierten en seres organizados. Es claro para la biología molecular y celular que el genoma, desde el nacimiento hasta la muerte de una persona se mantiene igual, a excepción de accidentes de genes individuales o mutaciones casuales, esto hace pensar que la influencia genética en el desarrollo además de ser constante es imposible cambiarla; esto es una conclusión errónea (Graff, Apiquia, Fresán. García, 2001).

Dentro de la investigación genética en los trastornos mentales, se inclinan a la determinación de “herencia”, pero esto no se refiere al origen o causas de la enfermedad, sólo a las posibilidades de explicación de las diferencias entre los pacientes que sufren de algún trastorno psicótico. Algunos enfoques metodológicos de la investigación genética que más destacan son: a) la investigación “genético-epidemiológica”, la cual incluye estudios familiares, en gemelos monocigóticos y dicigóticos, y estudios de adopción. b) la investigación de transmisión genética, la cual incluye modelos de un “único *locus*”, modelos de “análisis de estructura latente” y modelos “poligénicos”. c) los estudios de ligamiento. De una manera breve y simplificada la investigación genética ha llegado a la siguiente conclusión: la esquizofrenia se puede causar, al menos parcialmente por factores genéticos, pero debido a no tener ubicado el mecanismo genético por el cual se transmite la esquizofrenia no se puede afirmar completamente que se deba a los genes. Los resultados que brinda la investigación científica muestra que los factores genéticos son factores de riesgo que hay que tomar en cuenta, pero que no actúan de manera directa, debido a que las acciones genéticas y ambientales, se encuentran estrechamente relacionadas. Lo mencionado, lleva a adquirir una visión interaccionista del desarrollo humano en un doble sentido, primero que hay una interacción entre el genoma y el medio ambiente mediato e inmediato, y segundo, la interacción entre la persona en desarrollo y sus condiciones de

desarrollo genéticas y no genéticas. Debido a que las instituciones sociales utilizan los resultados de investigaciones genéticas con fines de inequidad y discriminación, en lugar de aprovecharlos para generar una intervención más eficaz en el tratamiento de trastornos psicóticos, genera preocupación en los investigadores genéticos (Jensen; 2003).

Dentro de las explicaciones bilógicas existen teorías neurobiológicas las cuales explican la génesis de este trastorno a través de la explicación del neurodesarrollo y neurodegeneración del ser humano. La hipótesis del neurodesarrollo en la esquizofrenia trata de explicar el modo en que factores de muy diversa índole inciden sobre momentos clave de la organización histológica y estructural del sistema nervioso central (SNC), generando lesiones objetivables que permanecen estables a lo largo de la vida del individuo que padece dicha enfermedad. Tales lesiones corresponden en última instancia a circuitos neuronales responsables de los síntomas clínicos que muestran los pacientes (Riaza, Puente, Quintero, Chinchilla, Correas, Vega y Saiz, 2004).

La hipótesis del neurodesarrollo se sustenta en los siguientes hallazgos:

- 1.- existe elevada frecuencia de exposición anoxas durante el desarrollo embrionario y complicaciones perinatales (hipoxia, partos complicados).
- 2.- alta frecuencia de signos deficitarios premorbidos (funcionamiento sociolaboral y académico previo, rendimiento cognitivo).
- 3.- elevada frecuencia de signos neurológicos y físicos menores
- 4.- alteraciones anatómicas ya en el momento del diagnóstico de psicosis.

Por otro lado existe también la hipótesis neurodegenerativa; el eje central de esta hipótesis se sitúa en la idea de que debe de existir algún fenómeno patogénico dinámico, responsable de la progresión sintomática y en otras variables indirectas. Algunos estudio han explorado el papel que puede tener el glutamato en la progresión de tales variables. El glutamato es el principal neurotransmisor excitador del sistema nervioso. Tanto el glutamato como el aspartato, no pueden atravesar la barrera hematoencefálica. El glutamato ejerce su acción a través de dos grandes grupos de receptores de membrana: 1.- los inotrópicos (forman canales iónicos cuya permeabilidad a calcio y sodio está regulada por la unión de glutamato

y otros ligandos moduladores, como poliaminas, glucina, magnesio) y 2.- los metabotrópicos (acoplados a proteínas G y a cascadas intracelulares de transducción de señales, fosforilación de proteínas etc.; son capaces de generar cambios más duraderos que atañen a expresión génica). Los receptores ionotrópicos se dividen a su vez en tres tipos (NMDA, kainicos y AMPA) en función del ligando artificial empleado en su caracterización. Mientras lo NMDA entran implicados en mecanismos de plasticidad neuronal (LTP) memoria, aprendizaje, funciones cognitivas, los no-NMDA median gran parte de la neurotransmisión excitadora rápida del SNC (Riaza, et al. 2004).

Además de su papel como neurotransmisor, el glutamato está implicado en muchos otros procesos. Se le vincula al neurodesarrollo temprano, la migración neuronal y el crecimiento dendrítico.

Existen numerosas pruebas a favor del papel de los sistemas glutamatergicos en la etiopatogenia de las psicosis por cuanto el glutamato está presente a lo largo de las distintas fases del desarrollo. Es posible que los hallazgos promorbidos en psicosis se relacionen con una vulnerabilidad individual para sufrir alteraciones de los procesos proliferación, migración celular diferenciación y establecimiento de circuitos. La interacción en dicha vulnerabilidad y factores ambientales (desnutrición, virus) podrían generar hipofunción glutamatergica sostenida. El proceso normal de poda sináptica alrededor de la adolescencia quedaría potenciada a causa de dicho estado de déficit glutamatergico tónico. La propia hipofunción de las proyecciones glutamatergicas conduciría a un descenso en la liberación de dopamina tónica cortical durante la adolescencia, generando un estado cognitivo deficitario que situaría al futuro paciente esquizofrénico en una posición de incompetencia para el manejo de estrés psicosocial. Dicho estrés determina un incremento en la liberación de dopamina subcortical (liberación de dopamina causada por un estímulo), dando lugar a los síntomas psicóticos propios de la enfermedad. La hipofunción NMDA acabaría finalmente por inducir un aumento del pruning (depuración) dendrítico (por exceso de glutamato sobre receptores no NMDA) y progresión en los déficit del paciente esquizofrénico.

Dentro de esta teoría se plantea la existencia de diversos sistemas de neurotransmisión. La dopamina es uno de los neurotransmisores responsables de la génesis del trastorno esquizofrénico, la cual se propicia tal vez al modificar la función de otros neurotransmisores. Cabe mencionar que un mismo sistema de neurotransmisores se puede regular en forma diferente en cada región del SNC, por ejemplo; en la esquizofrenia se ha propuesto un estado hipodopaminérgico en la corteza y un estado hiperdopaminérgico en las regiones subcorticales.

Es difícil considerar la acción de la dopamina sin mencionar su interacción con la serotonina. La serotonina inhibe la liberación de la dopamina mediante la hiperpolarización de los somas dopaminérgicos en la sustancia negra, con lo que bloquea la liberación dopaminérgica en el estriado y en la corteza.

El antagonista glutamatergico finiliclidina (PCP) induce o empeora algunos de los síntomas positivos y negativos observados en la esquizofrenia. La PCP actúa bloqueando los receptores N-metil-D-aspartato(NMDA)

Se ha encontrado un aumento en el número de receptores GABA y una disminución en la liberación de GABA en sinaptosomas en respuesta en los agonistas glutamatérgicos. Por otro lado, se ha encontrado una disminución en la recaptura de GABA en la amígdala, el hipocampo y la corteza temporal (Riaza, et al. 2004).

La esquizofrenia es heterogenea debido a diversas cuestiones como: la edad de inicio, el curso clínico, los correlatos neuroanatomicos, la respuesta a los fármacos y los antecedentes genéticos, así como la presencia de casos esporádicos. Toda esta diversidad hace poco probable que en todos los casos corresponda una etiología común. Debido a esto la teoría bioquímica aboga por explicar que la esquizofrenia se trate de una respuesta con mecanismos fisiopatológicos comunes a muy diversos daños sobre el sistema nerviosos central.

Este modelo se relaciona mucho con el modelo medico y quizá sea el modelo que ha tenido más relevancia acerca de la génesis o etiología del trastorno, sin embargo dentro de este modelo existe una gran variedad de explicaciones acerca de este trastorno y cada uno con

gran aceptación para el entendimiento de éste. Por otro lado dicha variedad, crea un conflicto dentro de los que estudiamos este trastorno ya que con el paso del tiempo y el desarrollo de la tecnología se van desarrollando nuevos descubrimientos, sin embargo ninguno es realmente contundente, debido al desarrollo tan cambiante y particular de la esquizofrenia en cada individuo.

Este modelo se ha dedicado específicamente a desarrollar teorías para encontrar una explicación del origen de la esquizofrenia, por lo que a partir de aquí no se generan tratamientos, es por ello que los que estén involucrados al tratamiento de la esquizofrenia debe de tener muy claro estas teorías ya que son las bases de un posible origen acerca del trastorno.

2.3 Cognitivo Conductual.

El modelo explicativo cognitivo conductual, sostiene que las alteraciones a nivel afectivo y sus implicaciones en las conductas del paciente, son un síntoma grave de la esquizofrenia. Éste principio es universalmente aceptado y tiene una gran relevancia en el pronóstico junto con el deterioro de los procesos cognitivos. El aplanamiento afectivo se produce por un déficit en el proceso de introspección y la expresión de los componentes fundamentales en la interacción social, como: tono de voz, acciones de aceptación o rechazo socialmente construidas, reconocimiento facial, comunicación verbal y no verbal, ya que con estas características de interacción la persona capta el clima afectivo que se produce, por medio de la experiencia subjetiva se realiza un análisis de la expresividad, es decir, gestos y conductas objetivas de un sujeto que las emite. Esto se sustenta con la investigación realizada con 40 pacientes internos con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica 25 hombres y 15 mujeres por 19 especialistas en psiquiatría. Se observó las relaciones de los pacientes con los entrevistadores y su desenvolvimiento con el ambiente hospitalario conforme al proceso de introspección que hace el paciente de su entorno y la relación con los psiquiatras con experiencia en el trato de personas esquizofrénicas y con los que carecían de está. Fue observada la constitución subjetiva por medio del entorno y consigo mismos, el control del afecto como enojarse, ser impaciente a la necesidad de agredirse, de

agredir a otros, la expresividad de los afectos con la mímica y la comunicación del cuerpo en general. Los resultados muestran que los sentimientos son el reflejo de una cognición que se da por medio de la percepción de una persona, en los pacientes varones la vida afectiva plana muestran enojo, malhumor, sarcasmo y bromas agresivas, indiferencia ante la muerte de un antiguo compañero de sala, preocupación por la ausencia de personas sin ninguna relación con él, ausencia de asco o rechazo sobre situaciones que las producen (eses, vómitos, orines, etc.), exageraciones de éstas expresiones por algo leve (un panecillo dedeado, mordido, comida tirada), no comprenden las preguntas sobre los afectos personales pero si la de los vecinos y poca expresión mímica. Los resultados de las pacientes muestran, tristeza por trivialidades, desprecio ante descortesías mínimas, deseos de venganza y revancha por groserías en el pasado lejano, miedo exagerado a la separación de los entrevistadores, sufrimiento por noticias lejanas, pero indiferencia a noticias locales, poca expresión mímica y mayor expresividad en las manos y tronco en mujeres. Todos los pacientes mostraron deterioro cognitivo en concordancia con el diagnóstico (Donnoli, Santos, Sepichy Ferreyra; 2007)

El deterioro cognitivo ha sido uno de los puntos fundamentales de estudios de la esquizofrenia desde sus orígenes. El 70% de los pacientes esquizofrénicos presentan deterioro cognitivo al comienzo de la clínica psicótica y tras años de tratamiento. Los déficits cognitivos tienen una gran importancia, dado que influyen en variables relacionadas con el funcionamiento sociofamiliar, académico, y en la capacidad del paciente para solucionar problemas de lo cotidiano (elementos que definen realmente la competencia y autonomía del paciente).

Las teorías cognitivas de la esquizofrenia no se ocupan, directamente, de establecer modelos etiológicos de la predisposición a la psicosis, sino que se inscriben en las explicaciones etiológicas de la sintomatología esquizofrénica; intenta explicar el origen de los síntomas de este trastorno como consecuencia de posibles disfunciones o alteraciones en procesos cognitivos básicos.

Existen teorías que asocian anomalías perceptivas de la esquizofrenia con un debilitamiento de los procesos inhibitorios, cruciales en la atención consciente. Estas teorías explican que las personas con esquizofrenia presentan déficits cognitivos, ligados a manifestaciones de síntomas psicóticos, que revelan anomalías en el procesamiento consciente y automático de la información proveniente de los sentidos, esto se ha sugerido porque se cree que es una característica de procesamiento humano, de capacidad limitada, que progresivamente se inhibe la toma de conciencia de la información redundante como consecuencia de la experiencia repetitiva o de la práctica para reducir el esfuerzo y las demandas internas (Lemos, Vallina y Fernández, 2006).

Hemsley sugirió que los defectos que presentan los pacientes esquizofrénicos en la interpretación de contexto se debían a un debilitamiento de la influencia de la experiencia pasada o de las regularidades especiales y temporales sobre la percepción, junto con una supuesta alteración del rendimiento, debido a la intromisión en la conciencia de material que regularmente es ignorado. El fallo central de la esquizofrenia estaría en la ausencia de integración entre información proveniente de los sentidos presentes y el material almacenado en la memoria, contextualmente apropiado. Esto quiere decir que se deteriora para hacer una evaluación rápida y automática del significado de las características de la información proveniente de los sentidos y sus implicaciones para la acción (Ruiz, García y Fuentes, 2006).

A partir de lo anterior surge el modelo del contexto el cual pretende relacionar un conjunto de síntomas de la esquizofrenia de manera plausible y explicar de qué manera dos procesos cognitivos alterados en esta (la memoria operatoria y el procesamiento inhibitorio) reflejan el funcionamiento de un mecanismo subyacente. Cuando se presenta una situación de competencias entre respuestas para ejecutar una tarea, el modelo del contexto debe ejercer una función inhibitoria (seleccionando solo la conducta más adecuada); en cambio, cuando existe una demora entre la presentación de un estímulo relevante y la emisión de una respuesta, el modelo de contexto juega como el papel de memoria operativa. En consecuencia, el rol del contexto puede ser especialmente crucial cuando es necesario

mantener información durante algún tiempo y utilizar dicha información para inhibir una respuesta habitual (Lemos, Vallina y Fernández, 2006).

Dentro de la esquizofrenia se ha identificado anomalías en varios ejes de las cortezas frontal y temporal, así como en el circuito cortico-estriado-palido.talámico que controla la modulación del procesamiento y del filtrado de la información. Dichas anomalías y déficits cognitivos se relacionan con los síntomas positivos y negativos de la psicosis, pero también es posible que también afecten en otras habilidades instrumentales para la vida diaria, tales como las relaciones interpersonales, la capacidad laboral y otras conductas relacionadas con los autocuidados.

La vía final común a los síntomas psicóticos parece ser un fallo en establecer la relación entre la información sensorial entrante y el material almacenado en la memoria, contextualmente apropiado. Por otro lado los déficits en el procesamiento del contexto podrían deberse a la inadecuada distribución de la atención hacia detalles del ambiente, que normalmente no llegan a la conciencia.

La psicología ha intervenido de diversas maneras dentro del tratamiento de la esquizofrenia, siendo la teoría cognitivo conductual la que mejores resultados ha obtenido. En este punto la psicología se enfrenta con un gran obstáculo ya que no puede generar tantas explicaciones acerca de este trastorno como otros modelos, sin embargo el papel del psicólogo para el tratamiento de la esquizofrenia se ha basado en terapia para tratar los síntomas negativos, sin embargo no se ha podido incurrir dentro de los síntomas positivos, ya que no se cuentan con las herramientas necesarias para tratar este tipo de síntomas, por lo cual a partir de este modelo se ve limitado un tratamiento integral y universal.

2.4 Social.

Se ha estipulado que el principal problema que presentan las personas que padecen de esquizofrenia es la capacidad para relacionarse en el ámbito social, sin embargo en todo momento los pacientes esquizofrénicos han tenido necesidades adicionales a las relaciones

sociales; a pesar de esta cuestión los intentos por cuantificar y trabajar con estas necesidades individuales han sido de poco provecho, generado por una tendencia en la evaluación de la sintomatología del trastorno.

Gran parte de la información que existe acerca de la investigación en aspecto cognitivo en la esquizofrenia se ha centrado en desordenes cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención y memoria. Sin embargo a partir de los 90's la investigación ha cambiado dirigiéndose hacia la cognición social (Ruiz, García y fuentes, 2006). Este cambio se ha sustentado en la hipótesis de que la cognición social podría explicar en buena medida el deterioro en el funcionamiento social que se da en la esquizofrenia.

La cognición social se refiere al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros (Ostrom 1984 en: Ruiz, García y fuentes, 2006). Los procesos implicados en la cognición social se refieren a como inferimos sobre las intenciones y creencias de otras personas y como sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias.

La cognición social guarda una gran relación con el funcionamiento cognitivo. Los déficits en la percepción del afecto y la solución de problemas cognitivo-social están relacionados con la competencia social y el desempeño en el funcionamiento social. Es por ello que tiene gran importancia la cognición social en pacientes esquizofrénicos, ya que se cree que la cognición social podría funcionar como un mediador o vínculo entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social, por lo tanto se podría decir que a mejoras de la cognición social debe haber mejoras en el funcionamiento social diario. De aquí que la importancia de este tipo de cognición, para poder intervenir en este aspecto tan particular dentro de la esquizofrenia.

En un estudio realizado con 418 personas diagnosticadas como esquizofrénicos se buscó describir este principio. Se partió de la idea de que una necesidad es un potencial para el crecimiento, basados en las aportaciones de los profesionales de la salud mental quienes

indican que una necesidad es la falta de tratamiento, falta de actividades específicas o falta de bienestar y salud en general. Con base a esta definición, se trabajó con el modelo de la *Evaluación de las Necesidades de Camberwel* (CAN). Este instrumento es una herramienta para la medición de necesidades con enfermedades mentales graves. Una vez ya con los participantes seleccionados se calibraron los procedimientos de valoración entre los jueces, ya que realizaron estimaciones de entrevistas grabadas en vídeo de pacientes referentes a las evaluaciones de la *Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve* (BPRS) y la *Evaluación de las Necesidades de Camberwel* (CAN). La última prueba consta de evaluaciones del paciente de las necesidades de asistencia y tratamiento en 22 dominios de la vida diferentes, incluidas las áreas psicológica, social y física. El instrumento evalúa tanto las necesidades satisfechas como las no satisfechas y también el apoyo y la ayuda necesarios y recibidos de los familiares y amigos; la cual fue aplicada mediante una entrevista semiestructurada. Los resultados del estudio indican que el área de síntomas psicóticos presenta mucho la prevalencia mayor de necesidades, en conformidad con que el elemento esencial de los servicios ambulatorios sea el tratamiento del trastorno primario de los pacientes. Las otras áreas de necesidad destacadas eran las de malestar psicológico (síntomas no psicóticos) y los aspectos cruciales de la vida diaria: "compañía" y "actividades durante el día". Las áreas de las relaciones sociales e interpersonales particularmente tenían la proporción más alta de necesidades no satisfechas con respecto al total de necesidades, lo que indica que estas áreas sufren un descuido relativo de los proveedores de servicios, o que el servicio ha identificado las necesidades pero no se ocupa de ellas de modo efectivo. En general, los pacientes comunicaron un grado sustancialmente más alto de necesidad de ayuda del sistema de servicios que de ayuda recibida (Middelber, Mackerprang, Hasson, Werdelin, Karlsson, Bjarnason, Bengtsson – Tops, Dybbro, Nilson, Sandlund y Sörgaard; 2001).

Esta alternativa y modelo social, es de suma importancia, brindaría ventajas que pudieran acarrear para la investigación psicológica el estudio de síntomas concretos a un nivel clínico y neurológico, resaltando la influencias a nivel social y todo el entorno que el paciente tiene desde su nacimiento. Los primeros síntomas son de gran importancia ya que son de orden social, puesto que las primeras apariciones de la enfermedad, son repercusiones de conductas sociales que no permiten el desarrollo estándar del paciente.

Desde este punto de vista, y alejándose de la perspectiva biológica, todos estos síntomas no surgen de la nada, o exclusivamente de la ruptura de determinados mecanismos cerebrales o neurofisiológicos, sino que además están insertos en una compleja trama de experiencias existenciales y vitales, y están cargados de significado personal y social. Una combinación idónea sería la consideración genética y de factores de riesgo a nivel social, cuestiones necesarias para la expresión del fenómeno de la esquizofrenia. Por ejemplo, se ha observado la importancia decisiva de la integración del paciente con esquizofrenia en la sociedad de la que procede, ya que si la sociedad presenta cierta discriminación, el paciente presentara aislamiento o el agrupamiento de pacientes ociosos sin contacto con la realidad. Para contrarrestar estos aspectos, el paciente debe estar en movimiento, haciendo cosas, hablando con otras personas, en definitiva ocupado y sobre todo socialmente activo.

La terapia psicosocial necesita muchos mecanismos asistenciales que dependen de las redes sanitarias, por ejemplo hospitales de día, centro de salud mental, talleres terapéuticos, pisos protegidos, grupos de autoayuda y un sin fin de recursos que aun siendo costosos, ahorran a las familias y en definitiva a la sociedad muchos sinsabores y desilusiones. A pesar de la tendencia clínica en todos los centros actuales de cuidado, el autor considera oportuna la evolución de los acontecimientos a lo largo de los últimos 20 años. Si bien, la esquizofrenia sigue siendo un gran problema científico, sanitario y social, desde la década de los años sesenta del siglo pasado, con los avances sociales y legislativos, con la aparición de los neurolépticos, el desarrollo de tecnologías psicológicas más eficaces y fundamentalmente, con el desarrollo de los procesos de reformas psiquiátricas que se han dado en muchos países, la vida de muchas personas con diagnósticos de esquizofrenia ha mejorado sensiblemente. Se sugiere que este nuevo modelo abriría las puertas al estudio de los factores culturales implicados en la aparición y desarrollo de los síntomas esquizofrénicos. Por último, se propone que para el tratamiento psicológico, el modelo de trabajo tenga como base la noción de persona como un ente social, que no solo depende de las cuestiones biológicas (Perona; 2006).

Desde este modelo se puede trabajar muy bien en grupos de personas con esquizofrenia o en núcleos familiares con un integrante con este trastorno, sin embargo su gran limitante al

igual que con la teoría cognitivo conductual es que sólo puede tratar o ayudar a un paciente esquizofrénico con sus síntomas negativos, sin embargo los síntomas positivos son tratados por un psiquiatra y si el tratamiento no se trabaja en conjunción con otras disciplinas, muchas veces este tipo de terapia no tienen resultados óptimos.

Dentro de este capítulo se ha destacado cada una de las aportaciones de diversos modelos que tienen como objetivo el tratamiento y la explicación de lo que es la esquizofrenia, sin embargo ninguno de estos modelos ha tenido el privilegio de crear una solución que ayude totalmente a la gente con este trastorno, debido a la variabilidad con la que se desarrolla el trastorno esquizofrénico, sin embargo, sería es de suma importancia el manejo de cada una de estas teorías del personal que trabaja con personas que presentan este trastorno.

Sería muy importante observar que resultados se obtendrían con la combinación de modelos para el tratamiento de este trastorno, por ejemplo; una terapia con enfoque cognitivos-conductual acompañada de un tratamiento farmacológico dosificado para el paciente esquizofrénico, además de utilizar alguna técnica de terapia social para los familiares. Esto con el objetivo de atender al paciente de manera completa, sin dejar de lado el papel que juegan sus familiares para la adaptación y mejoramiento del paciente, ya que muchas veces existe un ambiente hostil y de preocupación dentro del hogar, lo cual no favorece al mejoramiento del paciente.

Considerando lo anterior sería importante hacer un plan de terapia el cual involucre la parte medica para tratar los síntomas positivos acompañado de una terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas negativos y una terapia familiar que favorezca la interacción entre los familiares y el paciente.

CAPÍTULO III DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia comprende un problema de salud a nivel mundial, generando alteraciones en los individuos que la padecen a nivel social, familiar y psicológico; sin excluir a ningún país en especial. Debido a los avances en los tratamientos, se ha logrado que los pacientes que presentan alteraciones esquizofrénicas, logren un modo de vida ambulatorio, viéndose beneficiados en sus relaciones sociales y evitando la discriminación social o reclusión en instituciones especializadas para su tratamiento. Aunque se han realizado grandes logros en el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia mediante pruebas científicas, numerosas guías de tratamiento, consensos, protocolos, tratamientos farmacológicos, etcétera; hoy en día, continúa siendo contrastante la incapacidad del psiquiatra para poder llevar a la práctica una intervención completamente favorable, debido a los diferentes modelos que estudian esta enfermedad, ya que no convergen en principios como síntomas y/o evolución de la enfermedad (Baca, Leal, Varela, Riesgo y Roca; 2006).

Considerando lo anterior, es importante señalar que el diagnóstico está íntimamente ligado con el modelo explicativo, es decir, la parametrización de los síntomas al buscar o medir, esta estará en función de la perspectiva con la cual se lleve a cabo la evaluación. Como se describió en el capítulo II, cada modelo explicativo de la esquizofrenia delimita una sintomatología propia del modelo, la cual delimita los puntos a evaluar en el diagnóstico, sin embargo, de forma genérica, se estipula que el método estándar de diagnóstico de la esquizofrenia es la tomografía por emisión de positrones scanner, la cual proporciona imágenes topográficas y medidas. La tomografía por emisión de fotón único funciona, utilizando un radiofármaco usualmente por vía intravenosa o inhalación la cual muestra la información funcional del cerebro y la parte metabólica señalando que partes del cerebro se activan en determinada actividad, sin embargo existen diversos parámetros adicionales que permiten su diagnóstico (Fernández y col. 2005).

Para poder hacer un diagnóstico preciso sobre la enfermedad se deben de presentar de forma permanente durante 6 meses dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones sin estímulo externo, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico,

afecto inapropiado, sonrisa facial “tonta”, pérdida del apetito, pérdida del interés, alteración del patrón del sueño, pérdida de la memoria, falta de conciencia de que están enfermos, síntomas de desaprobación, y anomalías motoras. Los síntomas positivos de la enfermedad reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, en cambio los síntomas negativos hacen referencia a la disminución o pérdida para realizar actividades cotidianas (Del Pozo; 2009).

Este capítulo hace referencia a los tipos de diagnósticos que un psicólogo puede utilizar para detectar a un esquizofrénico considerando primordialmente el trabajo con síntomas negativos, como ya se explicó en capítulos anteriores.

3.1 Diagnóstico en la fase prodrómica.

Antes de desarrollar este punto, se debe considerar que la utilidad de la fase prodrómica en el diagnóstico de la esquizofrenia es de suma importancia para el psicólogo ya que la identificación temprana permite una rápida detección del trastorno trabajando únicamente con los síntomas negativos y a su vez, la implementación de un tratamiento en el estadio más temprano posible. Uno de los procedimientos empleados para detectar la predisposición a esta enfermedad (como se desarrollo en el capítulo I), se realiza mediante la medición en la población normal de los signos y síntomas vistos en los casos clínicos en las tomografías. Otro procedimiento consiste en medir la expresión del rasgo a niveles sub-clínicos correspondientes en los rasgos de personalidad; ambos procedimientos corresponden a las líneas de investigación clínica que sirven para anticipar la identificación de síntomas y encontrar marcadores de vulnerabilidad. Con base a esta definición, se creó *La Escala de síntomas prodrómicos*, que consta de 19 ítems, que se dividen en cuatro áreas; la primera son los síntomas positivos que consisten en el contenido inusual del pensamiento, ideas persecutorias, grandiosidad, alucinaciones y comunicación desorganizada; la segunda consta de síntomas negativos descritos como aislamiento, expresión de emociones disminuidas y pensamiento empobrecido; la tercera área consiste en síntomas de desorganización que marcan el deterioro del funcionamiento de roles, apariencia y comportamiento raro, pensamiento extraño y problemas de atención y

concentración; la última área es la de síntomas generales tales como: deterioro de la higiene personal, alteraciones del sueño, humor disfórico, alteraciones motoras y tolerancia disminuida. Esta escala se utilizó en un estudio con 30 pacientes diagnosticados en fase prodrómica para valorar si era necesaria una intervención de síntomas negativos. El objetivo era proporcionar los tres síndromes prodrómicos: los síntomas positivos, los negativos y el deterioro funcional asociado. La escala reafirmó que los pacientes estaban en una fase prodrómica y que por ende necesitaba de una intervención en ese momento. Los resultados muestran que a una temprana intervención, con un diagnóstico en la fase prodrómica, puede alterar el curso natural del trastorno, retrasando su comienzo, disminuyendo su gravedad o abortando su aparición. Estos resultados indicaron que los malos diagnósticos previos a la evaluación equivaldrían a una fase de reactivos falsos en la escala, sin embargo esto no se demostró en el estudio ni en el este instrumento. Cabe mencionar que en la evaluación, los predictores de transición de la fase prodrómica a un tipo específico de esquizofrenia marcaron el momento en que el trastorno se establece, factor de suma importancia para una posible intervención. Para este estudio un predictor ideal debe reunir tres aspectos: ser fácilmente identificable, ser susceptible de intervención y no producir un estigma social (Lemos, Vallina, Fernández, Ortega, García, Gutiérrez, García, Bobes y Miller; 2006).

3.2 Diagnóstico en síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

El enfoque dimensional sobre los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia, ha sido el más desarrollado y el más influyente en la clínica e investigación de los trastornos esquizofrénicos. Los instrumentos de evaluación diagnóstica estructurados de la esquizofrenia se dividen en aquellos que se utilizan para la detección de síntomas o ausencia de estos y la duración de síntomas característicos y los estudios que intentan cuantificar la psicopatología de la esquizofrenia, midiendo la severidad de los síntomas, en especial atención al tiempo de aparición. La escala específica de evaluación de los síntomas positivos y negativos, fue diseñada para obviar algunas posibles deficiencias metodológicas de las anteriores. Se compone de siete síntomas positivos, siete negativos y además se evalúan dieciséis síntomas de psicopatología general, esto permite una evaluación

cuantitativa y a la vez clasificativa de las esquizofrenias, es por eso que esta escala especifica cinco síndromes: psicótico, desorganización, negativo, positivo y afectivo.

Existen otro tipo de modelos como el trisindrómico que comprende una estructura en tres factores de síndromes como: la psicosis, desorganización y síntomas negativos. Este modelo también se aplica en las psicosis funcionales, ya que muestra las características de la psicosis con la alteración cerebral. Por otra parte el modelo tetradimensional consta de cuatro dimensiones que comprenden la psicosis, desorganización, síntomas negativos y sociales. Además de estas existen dimensiones propias de la psicopatología como el síndrome afectivo, catatónico, cognitivo subjetivo, falta de conciencia de la enfermedad y el síndrome neurológico. De todos estos modelos, el trisindrómico se han consolidado en la clínica psiquiátrica de los modelos dimensionales, se aplican sobre todo en la investigación debido a la hipótesis de correlación neurobiológica a las dimensiones esquizofrenias. Hasta la fecha no se han diseñado instrumentos adecuados para evaluar todas las dimensiones psicopatológicas de la esquizofrenia, actualmente la derivación de las dimensiones que se hacen es mediante la suma ponderada de grupos de síntomas o bien, mediante el empleo simultaneo de varios instrumentos de evaluación (Cuesta, Peralta y Serrano; 2000).

Sin embargo, a pesar de los estudios realizados sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, las escalas y métodos utilizados cuentan con un error teórico que a marcado el esquema de trabajo con estos síntomas, ya que no se ha brindado importancia aspectos de tipo cognitivos que involucran conductas sociales; ejemplo de esto es la apatía, la cual es una de las manifestaciones subjetivas y síntomas más importantes en la enfermedad. Su análisis serviría como indicador de un posible trastorno esquizofrénico y haciendo una invitación a una posible escala de diagnóstico que evalúe esta cuestión y su relación con los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Para mayor entendimiento de este punto, se debe de partir del discurso y concepto de síntomas positivos o “Floridos” como engaños de los sentidos al padecer de percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo, criterios no basados en la realidad ya que el paciente ve el delirio como la única realidad válida; aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Los síntomas

negativos son definidos como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuyendo la capacidad emocional, además se manifiesta en aspectos del comportamiento como la expresión en la cara que parece paralizada, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivo, finalmente no usa las manos para expresarse ya que permanecen inmóviles. Con base estos conceptos, los autores indican que los síntomas negativos resultan pérdida de función, ya que los síntomas positivos representan la desorganización de las funciones existentes, definición que es necesaria y única para describir las alteraciones a nivel personal que el paciente presenta y que los síntomas negativos están intrínsecos en esta conceptualización. Existe una limitada cantidad de estudios sobre el nivel de la apatía en la esquizofrenia su relación con otras características clínicas de esta enfermedad, ya que las escalas no están diseñadas para reflejar un valor específico de apatía, dado que los ítems que miden la apatía son a veces procedentes de diferentes subescalas, sin sólida especificidad. Por ejemplo, la *Escala para Síntomas Negativos (SANS)* que evalúa los síntomas negativos en cinco bloques: pobreza afectiva, alogia, abulia/apatía, anhedonia/insociabilidad y trastornos de la atención, falta de persistencia laboral o escolar y energía física en el rango que mide la apatía; otro claro ejemplo es la *Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (BPRS)* en la cual es muy cuestionable su relación con la apatía o "retirada emocional" definida como "pobreza relacionada con el interrogador o la entrevista". Con base a este tipo de pruebas, los autores concluyen que la relación entre apatía y esquizofrenia no ha sido actualmente aun sistemáticamente abordada, ya que indican que los únicos casos que han considerado a la apatía como un factor de riesgo en la alteraciones subjetivas y de la personalidad, son aquellas que utilizan escalas específicamente diseñadas se correlacionaría con los síntomas negativos y con los síntomas depresivos pero como en otras psicopatologías, por ejemplo la escala de apatía de Marín, correlaciona los síntomas positivos y la apatía, en un rubro nombrado como "retirada emocional" o "retirada social pasiva-apática"; investigaciones que han demostrado que la evolución funcional de los esquizofrénicos esta altamente relacionada con la apatía y que esta se presenta en como uno de las fases prodrómicas del primer episodio de la enfermedad, sugiriendo que la apatía estaría en los tiempos protoclínicos de la esquizofrenia y que sería parte intrínseca de un diagnóstico de prevención evolutiva de la misma (Dachesky; 2009).

3.3 Diagnóstico ansiedad-estado en la esquizofrenia.

Una de las características sintomatológicas que la mayoría de los autores mencionan, es la aparición de la ansiedad, por lo cual en diversos estudios se ha investigado la aparición de este rasgo de la personalidad como una señal de alarma para una posible aparición de la esquizofrenia. Un estudio importante a considerar es el de Kaneda, Nagamine y Fijii (2003) sobre la evolución del estado de ansiedad en pacientes esquizofrénicos mediante el inventario de *Estado-Rasgo de Ansiedad de Spielberger*, el cual está formado por dos escalas de 20 ítems. La muestra estuvo conformada, para el grupo control por 54 personas, de las cuales 29 fueron mujeres y 25 hombres y para el grupo experimental 43 mujeres y 58 hombres, estos fueron pacientes ingresados y diagnosticados de esquizofrenia. Los criterios de exclusión estuvieron en función de que presentaran patologías en el sistema nervioso central, abuso de tóxicos o algún retraso mental y los sujetos del grupo control no debieron estar en ningún tipo de tratamiento farmacológico. Los síntomas psicóticos se definieron empleando la escala breve para la evaluación psiquiátrica, el cual es un método estandarizado que consta de 18 síntomas psiquiátricos. Se encontró que la media de las puntuaciones de la ansiedad-rasgo es mayor entre los pacientes esquizofrénicos del sexo masculino que entre los sujetos sanos. No se observó correlación significativa entre la puntuación total de la ansiedad-estado y la edad de los sujetos normales de cada sexo. Los resultados muestran que las mujeres que padecen de esquizofrenia pueden ser biológicamente insensibles al estrés. En conclusión mencionan que la ansiedad es más una manifestación que una causa de esquizofrenia. Los autores dejan abierta la cuestión en torno a que si un alto nivel de ansiedad-rasgo puede ser un factor de riesgo para el padecimiento de la esquizofrenia. Es de gran importancia considerar el estrés y la ansiedad como una posible factor que determine el desarrollo de la esquizofrenia, por lo que es primordial que el psicólogo clínico este informado de este tipo de teoría y ponga en práctica sus conocimientos para disminuir dicha ansiedad y quizá así poder prevenir este trastorno.

3.4 Diagnóstico *insight* multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas de la esquizofrenia.

Un alto porcentaje de pacientes que sufren de esquizofrenia, creen no estar enfermos, esto se atribuye a la falta de *insight*, lo cual quiere decir que es una falta de conciencia, y es uno de los principales problemas a los que se deben enfrentar los clínicos a la hora de aplicar algún tratamiento farmacológico, psicológico principalmente, ya que el paciente se resiste por pensar que es injustificado, esta siendo engañado o no lo necesita. Esta falta de *insight* se ha relacionado con un mal funcionamiento psicosocial, con una conducta más violenta y con un menor índice de suicidio de los pacientes. En el *insight* multidimensional consideran que puede estar presente en algunas áreas y ausente en otras, no es extraño encontrar pacientes esquizofrénicos que nieguen estar enfermos pero al mismo tiempo admitan que los medicamentos les dejan beneficios, también puede suceder el que reconozcan algunos de los síntomas y no acepten que se debe a la enfermedad. En la actualidad la definición más aceptada para el *insight* es la conciencia que tiene el paciente de: a) sufrir un trastorno mental, b) aceptar las consecuencias sociales de dicho trastorno, c) atribuir correctamente sus alucinaciones, síntomas y pensamientos extraños a la enfermedad, y d) aceptar la necesidad de tratamiento. En diferentes investigaciones realizadas se encontró que altos niveles en los síntomas positivos están relacionados de manera directa con una disminución en el *insight* de los pacientes. Las personas que sufren de esquizofrenia pueden mostrar síntomas que afectan a las capacidades motoras y que conllevan una serie de déficits que en muchas ocasiones no les permiten distinguir entre las conductas realizadas voluntariamente y las involuntarias como lo son, la ecopraxia, conductas estereotipadas o la flexibilidad cética, uno de los más llamativos aun que no muy común es el síndrome de la mano ajena, los pacientes que la padecen sienten como una fuerza externa realiza en sus extremidades los movimientos, no pudiendo reconocer sus propios movimientos como autogenerados. Durante los últimos años se he valorado el grado del *insight* en los pacientes esquizofrénicos, pero esta valoración no ha podido dirigirse hacia una generalización del *insight* ya que lo encontrado se contradice al darle mayor valor a los síntomas negativos en algunos casos y a los positivos en otros, esto hace que el concepto de *insight* continúe siendo confuso, pero las diferentes disciplinas que lo estudian coinciden en que es un concepto multidimensional. Tomando en cuenta la relevancia del *insight* en el pronóstico

de la esquizofrenia, es necesario la inclusión de medidas de valoración del *insight* en los protocolos clínicos a utilizar después del diagnóstico de la enfermedad (Montaner y Jódar; 2008).

Es de suma importancia hacer un buen diagnóstico de la esquizofrenia, ya que a partir de este podremos saber qué tipo de esquizofrenia es y poder llevar a cabo una buena elección de tratamiento favoreciendo el contacto social del paciente tanto con su familia, como con el medio que lo rodea, así mismo debe de poner un interés particular en el diagnóstico de la fase prodrómica ya que el buen diagnóstico de esta fase, podría ayudar el desarrollo de la esquizofrenia e incluso controlarla para que la vida del paciente sea normal.

Por otro lado debe tomarse en cuenta todos los factores y síntomas de este trastorno mencionados en este capítulo ya que este será el punto de partida para llevar a cabo una buena intervención, esto se describirá con mayor detenimiento en el próximo capítulo.

CAPÍTULO IV.

Tratamiento de la esquizofrenia.

Debido a la revisión multidisciplinaria que intervienen en la esquizofrenia y los diversos modelos explicativos, en la actualidad, se han desarrollado distintas alternativas e intervenciones para su tratamiento, las cuales abarcan los niveles medico, social, psicológico y sus interrelaciones. Es por eso, que en los siguientes apartados se desarrollan algunas formas en el tratamiento de la esquizofrenia.

4.1 Intervención Farmacológica

Se han realizado diversas investigaciones e intervenciones a nivel médico en su mayoría aplicado por psiquiatras, donde la base de ésta estrategia de trabajo es el tratamiento farmacológico. Por ejemplo Muñoz y Gallardo (2003) desarrollaron un estudio que tenía como objetivo revisar los efectos colaterales asociados al uso a largo plazo de clozapina tales como el aumento de peso, inducción de diabetes y alteraciones en triglicéridos. Se tomó una muestra de pacientes con diagnóstico en esquizofrenia resistentes a neurolepticos convencionales del sexo femenino. Las edades al inicio del tratamiento farmacológico fueron entre los 25-30 años. Los pacientes contaban con un tratamiento con clozapina por un periodo mayor de cinco años. Las dos mujeres recibieron una dosis de clozapina promedio de 400 mg/día. Se registró el peso, hemograma, glicemia, y triglicéridos al inicio del tratamiento y al momento del diagnóstico del trastorno metabólico. Los Resultados indicaron que la Mujer de 33 años (caso 1) con esquizofrenia paranoide crónica, en sus antecedentes presentaba 4 internaciones psiquiátricas, terapia electroconvulsiva y uso, al menos, de tres esquemas de neurolepticos típicos, los cuales son clozapina con dosis de 350 mg/día hipoglicemiantes y dietoterapia; esta intervención permitió que en gran parte de las actividades del día, sus conductas fueran activas y estables laboralmente hablando, los síntomas psiquiátricos fueron ausentes; estos resultados permitieron que la paciente viva con su madre y un hijo de 7 años. El Caso 2, la Mujer de 28 años diagnosticada con esquizofrenia paranoide. Debido al uso de antipsicóticos, en su evaluación del 2001 mostró buena evolución con ausencia de síntomas positivos y presencia de algunos síntomas negativos leves, mantiene trabajo independiente remunerado y vive con su madre.

Un 55 % de pacientes tratados con clozapina subió al menos un 10 % de su peso inicial, se describe un aumento en los triglicéridos con antipsicóticos cuya estructura deriva de una dibenzodiazepina, recomendando la ziprasidona ya que parece tener la combinación más benéfica en este sentido ya que no hay aumento de peso, ni cambios en el metabolismo de la glucosa, el colesterol y triglicéridos séricos. El arribo de los antipsicóticos atípicos ha favorecido exitosamente el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos tanto por su eficacia como por la baja incidencia de efectos provocados por otras drogas.

El tratamiento con clozapina produce una mejoría del puntaje de *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)* pero no se alteran significativamente los niveles de colesterol total y otros lípidos con la excepción de los triglicéridos. Debido al incremento de diabetes y de intolerancia a la glucosa con clozapina y otros fármacos antipsicóticos se sugiere que los pacientes tratados con estos fármacos sean monitoreados clínicamente abarcando: peso, talla, presión arterial, palpación de tiroides, evaluación de masa corporal, exámenes de laboratorio, electrocardiograma estándar y de esfuerzo, medidas nutrimentales, ejercicio físico y una buena elección de antipsicóticos atípicos para cada paciente. En la elección del tratamiento en los trastornos psicóticos y aun más, en esquizofrenia, la balanza se inclina hacia el uso de fármacos antipsicóticos atípicos, ya que los estudios demuestran una evidente mejoría en la calidad de vida de los enfermos.

Por otro lado con la llegada de los fármacos neurolépticos de segunda generación se produjo un optimismo debido a las beneficios que se presentan en los pacientes y a la reducción de efectos secundarios, otra de las razones por las que se presento este optimismo fue porque hubo un convencimiento de que la atención en fase temprana de la psicosis, reducía sustancialmente la morbilidad, se genera un aumento en la calidad de vida tanto en pacientes como en su familias y se logra altos niveles de mejoría clínica. Las personas que sufren de experiencias psicopatológicas del primer episodio y fase inicial tienen un impacto en la persona realmente perturbador y duradero en estos casos las personas suelen ser más sensibles a los tratamientos que en los episodios siguientes, pero a su vez las recaídas son más frecuentes.

Se puede decir que el uso farmacológico como tratamiento, cuenta con muchos avances y mejoras en los pacientes; además de forma genérica es el tratamiento predilecto por la mayoría de clínicos, sin embargo en el uso de fármacos hay que considerar dos aspectos importantes: 1) La medicación debe de ser supervisada y monitoreada, ya que en algunos casos puede generar dependencia o generar efectos secundarios. Otra recomendación es la combinación de terapias de orden cognitivo conductual y social junto con la intervención farmacológica ya que los estudios realizados indican que hay una mejora en la disminución de sintomatología en estos pacientes 2) Los costos e insumos que se adjudica el paciente para poder medicarse y seguir con este tratamiento. Por ejemplo, un estudio desarrollado en la República Checa, hace una crítica a este tipo de hábitos de consumo, ya que se comparó la utilización de neurolépticos clásicos en el tratamiento de la esquizofrenia en comparación con la risperidona, el producto más caro en el tratamiento de la esquizofrenia en ese país. Este dato es relevante, ya que los gastos sanitarios para las enfermedades mentales son muy altos y de forma genérica, en los hospitales se ha fomentado esta actividad. La Risperidona es un nuevo agente antipsicótico perteneciente a una nueva clase de antipsicóticos, los derivados bencisoxazólicos; se recomienda en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, incluyendo primer episodio psicótico, esquizofrenia crónica y otras afecciones psicóticas, en las cuales los síntomas positivos (como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y / o los síntomas negativos (como aplanamiento afectivo, repliegue emocional y social, pobreza de idioma) sean notorios. La risperidona también alivia los síntomas afectivos (como depresión, sentimiento de culpa, ansiedad) asociados con la esquizofrenia. Además, la risperidona se recomienda para el tratamiento a largo plazo para la prevención de recaídas (exacerbaciones agudas) en pacientes esquizofrénicos crónicos. El propósito del estudio fue comparar los costos y resultados del tratamiento de risperidona frente a los neurolépticos estándares en la esquizofrenia. Participaron 67 pacientes (39 mujeres) con un diagnóstico del CIE-10 de esquizofrenia (48 personas) o psicosis esquizoafectiva (19 personas), todas ellas con tratamiento esquizofrénico con risperidona. Para hacer la medición, se utilizó historias clínicas psiquiátricas considerando el funcionamiento y la utilización de los servicios médicos con risperidona, el tiempo de medición se consideró durante los 12 meses anteriores (periodo pre-risperidona) y los 12 meses posteriores (periodo de

risperidona) de la iniciación de la risperidona en los pacientes con este fármaco, y los 12 meses anteriores (periodo pre-cambio) y los 12 meses posteriores (periodo pos-cambio) del cambio de un medicamento neuroléptico estándar a otro en el grupo de comparación.

Los resultados indicaron que en cuestión de rehabilitación y tratamiento no hay diferencias significativas entre las muestras, sin embargo en el factor económico es donde hay diferencias significativas, siendo el tratamiento de risperidona más caro que el de los neurolépticos clásicos. Los autores concluyen que el precio medio anual de adquisición de risperidona importada de países desarrollados es más alto que los costos medios anuales de hospitalización en los dos grupos de pacientes en todos los periodos en estudio, añadiendo que el único medicamento antipsicótico con una ventaja clínica y económica clara comparado con los neurolépticos estándar en la esquizofrenia resistente al tratamiento es la clozapina (Hosák y Bahbouh; 2002).

Es importante mencionar que este tipo de intervención médica para pacientes esquizofrénicos debe de ser complementada con una entrevista de tipo clínica para conformar la base de información y análisis para la elección de una intervención adecuada a las características de cada paciente y a su estado patológico. El tipo de evaluación que se realiza varía dependiendo del paciente, ya que no es lo mismo evaluar a una persona en la primera consulta, que a un paciente crónico o agudo, además se debe tomar en cuenta el contexto en el cual se lleva a cabo la evaluación, misma que debe de estar en función de la finalidad por la cual se realiza. Las funciones básicas que desempeña la entrevista clínica son: diagnosticar, establecer la gravedad y tipos de síntomas, establecer un tratamiento, evaluar los cambios clínicos producidos por el tratamiento y reforzar la coalición terapéutica. Los pacientes esquizofrénicos frecuentemente presentan retardos o trastornos en el desarrollo del lenguaje, de la psicomotricidad y retraso en el control de esfínteres por lo tanto, una evaluación y tratamiento a temprana edad llevará al paciente a desarrollar habilidades las cuales le sean útiles en el contexto social. La historia de los pacientes es de gran importancia aunque, es complicado lograr una anamnesis únicamente con los datos proporcionados por el paciente, debido a que tienden a disminuir o negar sus trastornos, se recomienda que se realice con las personas cercanas al paciente, padres, pareja, amigos, etcétera; si no se cuenta con estas fuentes, la información puede ser sustraída de su

expediente clínico, si es que ha presentado algún tratamiento con anterioridad, debe tomarse en cuenta dentro de la historia médica antecedentes obstétricos y perinatales, el uso de consumo de drogas y motivos del consumo, esto servirá para obtener información que ayude a evaluar la historia natural de la enfermedad. En esta parte se revisan los momentos clave de la vida del paciente, debido a que ayuda a establecer el comienzo de la enfermedad, esto se logra ubicando el momento en el que aparecen los síntomas positivos o psicóticos, ya que éstos causan cambios drásticos en la vida del paciente, que fácilmente pueden ser observados por sus allegados, al contrario de los síntomas negativos, ya que se presentan de manera gradual y se dificulta establecer un inicio de estos síntomas. Algunos factores que desencadenan un episodio psicótico pueden ser situaciones de estrés relacionadas a lo psicosocial como son, pérdida de un afecto, pérdida de trabajo, abandono del hogar, etcétera; uno de los factores más determinantes de tipo orgánico es el consumo de drogas o tóxicos y el abandono del tratamiento farmacológico, desencadenando manifestaciones prodrómicas o cambios sutiles en el comportamiento, irritabilidad, nerviosismo, síntomas positivos, entre otros (Giner, 2000).

4.2 Intervención cognitivo conductual.

El déficit cognitivo que se deriva en la enfermedad de esquizofrenia; a nivel neuropsicológico afecta los siguientes rubros: memoria verbal, no verbal y global; atención visual y auditiva; inteligencia general; habilidades espaciales; funciones ejecutivas y lenguaje. Las distorsiones más frecuentes en la esquizofrenia son: identificación predictiva, atribuciones precipitadas de significado, sobre inclusión egocéntrica u omnipotencia, confusión de causas y significados, desimbolización, pensamiento dicotómico o polarizado. Las creencias delirantes y las autovaloraciones negativas son los principales problemas que aborda la terapia cognitivo-conductual, dejando de manera secundaria las experiencias subjetivas de la enfermedad y el afrontamiento emocional del paciente. El proceso de adaptación que sufre el paciente es confrontante debido a que todo aquello que lo conformaba como persona se pone en juego, su nivel de autoestima, se genera confusión y se va desintegrando progresivamente su identidad. En el tratamiento cognitivo-conductual dos elementos clave son el nivel afectivo y la motivación, ya que este tipo de enfoque centrado en la persona le brinda importancia a la experiencia personal, la capacidad para

vivir pleno y el poder aceptarse y aceptar a las demás personas. Las intervenciones motivacionales están basadas en: la expresión de la empatía, ayudar a desarrollar discrepancia, evitar argumentaciones, trabajar las resistencias y fomentar y reforzar la sensación de autosuficiencia. En las investigaciones que se han realizado, los resultados de las intervenciones motivacionales muestran que el 90 % de los grupos control lograron generar un cambio en la conducta de los pacientes que sufren de esquizofrenia, estos resultados fueron obtenidos con pacientes que en fase aguda, una intervención en fases iniciales puede encontrar resultados más sensibles en los pacientes. Estas intervenciones no están orientadas a que los pacientes generen una mayor conciencia de su enfermedad, la conciencia debe estar relacionada sencillamente con la decisión y autonomía en la toma de los medicamentos, sino se tratan de ayudarlo a movilizar algunas áreas que han sufrido ruptura. Ya dentro del tratamiento se debe generar una alianza, donde el terapeuta sea un modelo de tolerancia y reforzar los pequeños cambios ya que un paciente que se recupera de un episodio, es gran paso para afrontar la enfermedad de una manera más constructiva (Palma, Farriols, Cebriá y Segura; 2007).

La familia juega dos papeles fundamentales y completamente opuestos al presentarse la esquizofrenia en algún familiar, en ambos se presenta el miedo, el rechazo, la incertidumbre, los reproches, etcétera. En el primer caso, llega a actuar hostilmente, ocultando al esquizofrénico en casa, o abandonándolo en algún instituto, confrontándose al buscar culpables, su interacción social se ve disminuida, esto implica un total desapego de la familia hacia el paciente lo que complica de gran manera su recuperación. En el segundo caso, llega a brindar un apoyo significativo con la vigilancia, la medicación y el cuidado del paciente, al presentarse esta interacción los intervalos de recaída se amplían y mejora en un nivel de actividades. Es por esto que se recomienda la intervención familiar abarcando características como son: la desmitificación de la enfermedad, la enseñanza de resolución y afrontamiento de problemas, mejora de la comunicación, reducción del estrés, expresividad emocional, además del establecimiento de límites de conducta inaceptables. Esto con la finalidad de obtener una mayor información sobre la enfermedad, medios para combatirla y tener conocimiento de los tratamientos que se realizan al paciente. Esto también le ayudara

al paciente a disminuir las recaídas, hospitalizaciones, a clarificar sus responsabilidades, y generar una alta expresividad emocional (Barjau, 2000).

Es por todo lo anterior que el terapeuta cognitivo-conductual tiene una triple función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales y como catalizador, promoviendo experiencias correctivas o nuevos aprendizajes y por último a tener una aceptación por parte de los miembros de su familia. El modelo parte de varias premisas, la primera en donde el paciente tiene áreas libres de síntomas psicóticos que pueden ser aprovechadas en la terapia; la segunda son las alucinaciones y los delirios, los cuales no son impermeables a las intervenciones psicológicas, y por último, los síntomas pueden ser exacerbados o atenuados por cambios ambientales. Con estas características se comprende el diagnóstico de esquizofrenia en tres áreas: la vulnerabilidad, el estrés y las habilidades de afrontamiento; el primero se refiere a la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad, y está determinado por la interacción de influencias genéticas y ambientales. El estrés socioambiental se deriva de situaciones o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología, inducir recaídas o rehospitalizaciones y las habilidades de afrontamiento son las capacidades que tiene el individuo para reducir al mínimo los efectos negativos del estrés. Estas áreas se abordan con diferentes técnicas efectivas como: entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos, tratamiento para el abuso de sustancias psicoactivas, tratamiento de los delirios, tratamiento de las alucinaciones y tratamientos de los síntomas negativos en la esquizofrenia. El tratamiento farmacológico, con frecuencia es la única intervención en nuestro medio que se toma en cuenta para en la intervención de la esquizofrenia, un abordaje psicoterapéutico rara vez es contemplado, la terapia cognitivo-conductual promete ser una herramienta más para promover la adaptación del paciente a la sociedad, para controlar sus síntomas y mejorar su funcionamiento global (Muñoz y Ruiz; 2007).

4.3 Intervención de Psicoterapia individual.

La terapia o intervención individual está basada en el principio de aceptación y compromiso autónomo por parte del paciente. Esta terapia ha mostrado resultados en alucinaciones auditivas ya que reduce de forma significativa el número de recaídas que sufre un paciente con síntomas psicóticos los únicos casos con nula recuperación son los pacientes con delirios que negaban tener los síntomas. Se considera que la causa de los delirios es debida a la evitación experiencial, está tendría lugar cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con las experiencias privadas y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma como la frecuencia de tales experiencias. Por ejemplo, se realizó un estudio de caso con una mujer de 28 años, que vivía con sus padres, la cual fue diagnosticada como esquizofrénica; sus síntomas fueron cuando ella trabajaba en un bar, en donde conoció a una chica con la que tuvo relaciones sexuales ocasionales; se le diagnóstica esquizofrenia por lo que ella se atribuye la culpa, después de un tiempo refiere que esa chica la persigue, que le ha retorcido las tripas por telepatía; ella dejó de comer, apenas dormía ya que esa persona se le aparecía donde fuera. Se adoptó la terapia de aceptación y compromiso cuyo objetivo de la intervención se centro en conseguir que la cliente siguiera su vida cotidiana, cambiando aquellas cosas que podía y quería cambiar, y aprendiendo a estar abierta a todos aquellos síntomas que no fueran susceptibles de cambio, comprometiéndose, al mismo tiempo, con las elecciones que tome. Los resultados de la intervención muestran una baja en la credibilidad que se otorga a los pensamientos y con el grado de fusión que mantiene sobre ellos, además de la baja en las ideas delirantes y con el paso del tiempo con la desaparición de las mismas. Se evidenció las verbalizaciones de evitación que estuvieran influenciadas por los cambios en las dosis de los antipsicóticos. Los resultados son plenamente atribuibles a la terapia ya que en el periodo en donde está y los antipsicóticos son estables se observan mejoras, lo que resalta de la terapia es que el paciente indica los logros u objetivos en la terapia y no en el terapeuta (García, Luciano, Hernández y Zaldívar; 2004).

4.4 Intervención social.

Las investigaciones recientes ponen especial atención en los déficits de funcionamiento social, definiendo ésta como la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que presentan las personas con diagnóstico de esquizofrenia; los resultados de dichas investigaciones invitan a una reformulación de la intervención acompañada de terapia adquisición de habilidades sociales (Vila, Ochoa y Haro; 2003). Es importante tomar en cuenta la historia familiar y laboral ayuda a conocer las características de la personalidad del paciente, aportando información de la calidad y frecuencia de las relaciones sociales. Aunque con frecuencia la esquizofrenia es una enfermedad devastadora que transforma profundamente la personalidad de los pacientes, se puede llegar a una etapa de estabilización, en la cual es importante evaluar el nivel de adaptación familiar, laboral y social, esto permitirá continuar con un tratamiento eficaz (Giner; 2000).

El principal problema que presentan las personas que padecen de esquizofrenia es la capacidad para relacionarse en el ámbito social, esto ha generado que las intervenciones terapéuticas evolucionen y no solo estén en función de la reclusión en instituciones, por la atención precaria que en estos se les brinda, debido a la falta de programas que los lleven a una rehabilitación satisfactoria, el uso de los fármacos es una solución a medias, ya que aun siendo eficaces conlleva a efectos secundarios que limitan a estas personas. Es por esto, que el desarrollo de nuevas terapias psicosociales deben estar orientadas a generar en los pacientes, habilidades sociales las cuales les brinden apoyo para una reinserción en la sociedad y una mejor calidad de vida. La intervención de los fármacos en las personas con esquizofrenia sin duda es necesaria, pero no suficiente, es ahí donde las terapias psicosociales (terapia individual, terapia de grupo, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación laboral, intervención familiar e intervención precoz) recibiendo el apoyo de una buena red social, complementen de una mejor manera el progreso en el paciente esquizofrénico. Dentro de la terapia individual, el terapeuta debe conocer el entorno y necesidades de su paciente, para poder lograr esto debe crear una atmosfera de confianza, empatía y calidez y así informarle al paciente el curso, pronóstico y tratamiento de la

esquizofrenia. Este tipo de terapia nos plantea, que una orientación psicodinámica no es favorable debido a que se maneja la introspección y la interpretación esto empeoraría el estado clínico de paciente. En la terapia de grupo se recomienda, aunque no esté estipulado ni exista un formato para la realización esta, entre 6-8 pacientes, a los cuales se les darán reglas de convivencia dentro y fuera del grupo de terapia, con sesiones de aproximadas 60 minutos. El beneficio a los pacientes será mayor debido a la interacción que se presenta en el grupo, desarrollando y entrenando habilidades en relaciones interpersonales, en un mayor grado a las personas que han sido apartadas de su familia o de la sociedad. El entrenamiento en habilidades sociales se puede llevar a cabo en grupo, individual y con las familias, claramente su nombre lo describe ya que en él se enseña a establecer relaciones interpersonales como son el hacer amigos, mantener una conversación, llevar a cabo una entrevista de trabajo, a resolver problemas y se habilita al paciente para solucionar los problemas que se pudieran presentar en estas interacciones. En algunas unidades psiquiátricas la infraestructura no es la adecuada para poder brindar este tipo de terapia ya que se necesita el uso de materiales como son libros, videos, guías, etcétera, y por lo consiguiente la realización es inadecuada o incompleta. La rehabilitación laboral, es la encargada de insertar al paciente esquizofrénico a este ámbito, mediante programas en hospitales, talleres protegidos, residencias protegidas, programas de empleo protegido, programas de asertividad, clubs de empleo, programas de empleo transicional (Barjau, 2000).

La investigación realizada por Vila y col. (2003) se exploró la relación entre variables psicopatológicas y variables de funcionamiento social en una muestra de pacientes con esquizofrenia residentes en la comunidad. La muestra fue una selección aleatoria de 231 pacientes, con edades entre los 18 y 65 años, con un diagnóstico primario de esquizofrenia según los criterios de DSM-IV. Los criterios de exclusión utilizados fueron, diagnóstico primario de abuso de alcohol u otros tóxicos, diagnóstico de retraso mental, antecedentes de enfermedad neurológica o TCE con pérdida de conciencia prolongada. Los datos recogidos fueron de carácter socio-demográfico, de funcionamiento social, psicopatología y utilización de servicios; mediante instrumentos como: *Life Skills Profile LSP* que consta de cinco escalas las cuales evalúan: autocuidado, comunicación contacto social,

comportamiento social no personal, vida autónoma y *Life Skills Profile LSP* total. En los resultados encontrados se generalizó que en presencia de mayor psicopatología, peor funcionamiento social. En las diferentes áreas psicopatológicas las puntuaciones no difieren entre hombres y mujeres de manera estadísticamente significativa, pero las mujeres presentan un mejor funcionamiento social. Se observa una correlación inversamente proporcional entre algunas áreas de psicopatología y las diferentes escalas de funcionamiento social, observándose diferencias en estas correlaciones entre hombres y mujeres.

Es importante mencionar que la información recabada, reafirma que el tratamiento de la esquizofrenia debe de ser integral y multidisciplinario, tomando en cuenta el ámbito del paciente, ya que sólo así se puede ofrecer una mejor intervención a quien sufre de esquizofrenia, por tal motivo debe tomarse en cuenta una intervención farmacológica para tratar los síntomas positivo acompañada de una terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas negativos y una intervención social para afrontamiento de la enfermedad por parte del ambiente (familia, amigos, trabajo) del paciente.

4.5 Propuesta de Intervención

De acuerdo a la bibliografía revisada debe de considerarse la opción de que haya una intervención multidisciplinaria al tratamiento de la esquizofrenia, debido a su complicada manera de desarrollarse, teniendo en cuenta la intercomunicación dentro de cada disciplina para mayor eficacia del tratamiento, es decir, debe de haber una congruencia con el tratamiento farmacológico, el psicológico y el trabajo con la familia, ya que si no existe comunicación entre estos, el tratamiento no tendrá eficacia.

La información básica que requiere el psicólogo para poder hacer una buena intervención en la esquizofrenia, debería ser la que se expone dentro de este trabajo, la cual incluye información médica-psiquiátrica, bioquímica y psicológica. Esto dará las bases para poder llevar un mejor tratamiento. El psicólogo debe de delimitar su papel, el cual sujeto a la intervención en lo síntomas negativos y el afrontamiento de la familia, esto debido a que

existen síntomas que requieren de fármacos para su tratamiento, como son los síntomas positivos, los cuales son alucinaciones y delirios. Es por ello que el psicólogo no puede hacer nada para este tipo de síntomas, sin embargo debe de tener conocimiento de éstos y su mejoría.

Dentro del tratamiento de la esquizofrenia, se debe de tener en cuenta trabajar habilidades sociales con el paciente, además de trabajar con la familia para la aceptación de la enfermedad y de su familiar.

Por lo que corresponde a este trabajo es lícito decir que el objetivo, es crear una herramienta de consulta de conocimiento de lo que es la esquizofrenia, para que los estudiantes de psicología puedan tener un conocimiento más específico sobre esta y tomen en cuenta, los puntos que se mencionan sobre el tratamiento de ésta, además es importante mencionar la relevancia de este trabajo, para futuras intervenciones de trastornos esquizofrénicos.

Por último es importante mencionar que el trastorno esquizofrénico puede manejarse mejor cuando es detectado de manera eficaz y oportuna, aunque puede haber excepciones por el desarrollo. la intervención que se recomienda es fijarse en que déficit tiene más marcados y a partir de esto, implementar técnicas conductuales que favorezcan el mejoramiento de éste, quizá para lo emotivo técnicas cognitivas y para los problemas emocionales en familia terapia que conlleve la interacción y desmitificación del trastorno para poder favorecer el desarrollo del paciente y por ultimo llevar un seguimiento con un psiquiatra para el tratamiento de los síntomas positivos.

CONCLUSIONES.

Con base en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes materiales bibliográficos y hemerográficos, el primer punto a señalar en este apartado son; la gama de ciencias que estudian esta enfermedad desde distintos marcos teóricos; ya que la esquizofrenia es una enfermedad compleja que envuelve factores genéticos, ambientales, sociales y psicológicos. Considerando esta característica de la esquizofrenia, la presente obra se abordó desde una perspectiva ecléctica, para poder hacer un análisis integral y brindar una recopilación teórica para las futuras generaciones de psicólogos. Aclarando este punto, partimos entonces de la idea que la esquizofrenia genera un problemática a nivel mundial que no exenta raza o país, debido a las características genéticas y / o ambientales (Diastesis / Estrés) de enfermedad. A pesar de que hoy en día no hay una teoría absoluta sobre la adquisición de la enfermedad, la explicación neurológica de su génesis es la más aceptada y comprobada en las investigaciones, ya que aunque la enfermedad se adquiera por principios genéticos o bien se provocada por los factores ambientales que repercuten a nivel psicosomático, la presencia y modificación de neurotransmisores es una constante. La serotonina inhibe la liberación de dopamina mediante la hiperpolarización de los somas dopaminérgicos en la sustancia negra, lo que inhibe la liberación de dopamina en la corteza generando la aparición de síntomas negativos. Esta información es de suma importancia, ya que delimita el campo de trabajo del psicólogo; si bien la enfermedad como tal, es diagnosticada y catalogada por la psiquiatría, no hay que olvidar que está sustentado que la aparición de síntomas negativos en una persona dificulta su aprensión y expresión de emociones y limita las relaciones interpersonales, lo que no es trabajado con un tratamiento psiquiátrico, que solo se limita (en el mayor de los casos) al trabajo con los síntomas positivos. En conclusión, lo propio del psicólogo ante un paciente catalogado medicamente como esquizofrénico es el trabajo con síntomas negativos. También es importante mencionar que otra de las funciones que son propias del psicólogo dentro de la intervención en esquizofrenia, es la intervención con la familia, realizando una aceptación por parte de los miembros y del paciente hacia la enfermedad, de igual manera de manera individual, se deben generar en el paciente herramientas para un mejor desarrollo de este dentro de su sociedad.

Retomando el primer punto de este apartado sobre los distintos factores con los que interactúa en la enfermedad, es importante señalar que la intervención clínica de un paciente esquizofrénico debe de ser integral, el trabajo psiquiátrico deberá de ser respaldado por un trabajo psicológico y viceversa, esto debido a que el trabajo en conjunta facilitará la rehabilitación del paciente, así mismo esto garantizará mejores resultados, ya que se complementará el trabajo de los profesionales de la salud mental.

Si consideramos que actualmente 500,000 mexicanos padecen de esquizofrenia, hablamos de que 1 de cada 1000 pobladores cuentan con la enfermedad, esto significaría que en diez años la cifra se duplicara y que por ende las propuestas de tratamiento integral deben ser fundamentales para poder ser aplicadas como un proceso establecido.

Sería idónea que los servicios de salud del gobierno pudieran ofrecer este tipo de tratamiento multidisciplinario a pacientes con esquizofrenia, sin embargo, esto requiere un alto costo económico y a pesar de que hay un alto índice de personas que padecen de este trastorno, las instituciones gubernamentales le ofrecen prioridad a enfermedades crónico-degenerativas que tienen un índice de morbilidad más alto que este trastorno, sin embargo no hay que olvidar que la promoción a la salud mental, también juega un papel importante para evitar este tipo de enfermedad, esto previniendo ciertos factores que pudieran desencadenar este trastorno, tales como el consumo de drogas o el estrés.

Podemos concluir que dentro de algunos años el problema de la esquizofrenia será una alerta sanitaria a nivel nacional, ya que se necesitara invertir en instalaciones que cuenten con la infraestructura para poder atender y rehabilitar al gran número de pacientes, el personal encargado deberá estar adecuadamente capacitado, así como en su constante investigación.

Con lo anteriormente mencionado la aportación que se hace con esta revisión al ámbito psicológico es el generar un tratamiento ecléctico el cual incluya diferentes áreas a tratar, como son: llevar una medicación adecuada para compensar el déficit químicos provocados por la enfermedad, la complementación de la psicología para poder desarrollar los aspectos

atencionales, generar habilidades sociales encaminadas a la adquisición o restablecimiento de conductas perdidas, la estimulación de las incapacidades cognitivas que puedan aportar un equilibrio intelectual en la personas, revisar los aspectos emocionales y sentimentales de la persona para impedir un avance de la enfermedad, la recaída o incluso el suicidio, establecer los aspectos ambientales que promueven los estados de ánimo en estas personas, las interacciones sociales que se establecen con vínculos complicados o contradictorios que aumenten el establecimiento de dicha enfermedad.

No cabe duda que en el tratamiento de mantenimiento del paciente esquizofrénico, es fundamental un adecuado abordaje biopsicosocial. La combinación entre el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, probablemente sea la respuesta que buscamos. Su empleo cada día mayor en el tratamiento estándar de la esquizofrenia comienza a disminuir la intensidad del déficit cognitivo, las tasas de recaídas clínicas, la duración de las estancias hospitalarias, lo cual seguramente redundará en un aumento de la calidad de vida del paciente y en la reducción de la desesperanza, la discriminación, la hostilidad y el sufrimiento de los familiares y cuidadores del paciente. Si logramos detener el deterioro cognoscitivo del paciente y disminuir las altas cifras de expresividad emocional de los familiares y cuidadores, estaremos a las puertas de obtener un clima más favorable para el tratamiento y rehabilitación del paciente con esquizofrenia y un terreno mejor abonado para que las técnicas de intervención psicosocial sean más efectivas.

Sugerimos para futuras investigaciones más trabajos que evalúen de forma combinada la intervención psicoterapéutica y de fármacos antipsicóticos atípicos demostrado ser más eficaces que los antipsicóticos convencionales, induciendo menos efectos adversos, puesto que han demostrado ser más eficaces que los antipsicóticos convencionales, induciendo menos efectos adversos de cualquier tipo. Es un hecho que el tratamiento de la esquizofrenia requiere del empleo de psicofármacos y de técnicas de intervención psicosocial de tipo individual y familiar. Infortunadamente, los recursos actuales no nos permiten obtener resultados alentadores y a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baca, E. B., Leal, C. C., Varela, C., Riesgo, Y., Roca, M. (2006). Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España; el proyecto ACEE. (34, Párrafos). **Actas Españolas de Psiquiatría**. Vol. 34: (4), 224-230. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2032269>
2. Barjau, J. M. (2000). Intervenciones Psicosociales. En: A. M. Chinchilla. **Guía terapéutica de las esquizofrenias**. (205-217). España: MASSON.
3. Bleuler, E. (1993). Los subgrupos. En: **Demencia Precoz**. (240-255). Buenos Aires: Horme.
4. Chuaqui, J. (2005, marzo). El estigma en la esquizofrenia. (65 párrafos). **Ciencias Sociales**. Vol. II : (1), 45-66. Disponible en: http://www.uvm.cl/csonline/2005_1/pdf/esquizofrenia.pdf.
5. Cuesta, M. Peralta, V y Serrano, F. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. En: **Anales Sis San Navarra**. Vol. 23 (1), 37-50. Disponible: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/.../03%20nuevas.pdf
6. Dachesky, D. (2009). El grito silencioso de la esquizofrenia: la apatía. (17 párrafos). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol. 15:(3), 185-185. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/15/59/05_dacheski.pdf
7. Del Pozo, A. (2009). La esquizofrenia: La esquizofrenia infantil. En: **Trastornos de la conducta y de la personalidad**. (1-12). México: Mc Graw Hill
8. Dergán, J. (2006) Neuropsicología. En: **Correlatos patológicos del cerebro en la esquizofrenia** (25-52). España: Ecoe.
9. Donnoli, V. Santos, L. Sepich, T. y Ferreyra, P. (2007, Noviembre). Aplanamiento afectivo en la esquizofrenia: estudio cualitativo. (39 Párrafos). **Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica**. Vol. 14: (2), 26-36. Disponible en www.alcmeon.com.ar/14/54/05_Donoli.pdf
10. Fernández, J. Del Prado, M. Quirós, P. Conde, M. y Guerra, B. (2005). Entre la percepción visual de lo posible y lo imposible en pacientes con esquizofrenia. **Psichothema**. Vol. 17: (4), 607 – 613. Disponible en <http://www.psichothema.com>
11. Fowler, D. (2000). Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En: J. Aldaz y C. Vazquez. **Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación**. (187-204). Madrid: Siglo Veintiuno.
12. García, J. M; Luciano, M. S; Hernández, M. L. y Zaldívar, F. B. (2004, septiembre). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. (31 párrafos). **Revista de psicología en línea**. **Psichothema**. Vol. 16: (1), 117-124. Disponible en <http://www.psichothema.com>.
13. García, M. M. (2005). Formas clínicas de la esquizofrenia. En **Tratado... esquizofrenia**. (67-76). España: PIRÁMIDE.
14. Giner, U. J., (2000). Evaluación clínica de la esquizofrenia. En: **Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia**. España: sociedad española de psiquiatría. 5-16. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia>

15. Gómez, R. Hernández, B. Santacruz, O y Uribe, R (2008) Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. En: González, J. **Esquizofrenia** (384-391). México: panamericana.
16. Graff A., Apiquian R., Fresán., A y García M (2001). Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. **Revista de salud mental**. Vol 24,(6) 36-42. Disponible en: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58262405
17. Halgin, R y Krauss, S. (2003). Esquizofrenias y trastornos relacionados. En: Halgin, R y Krauss, S. **Psicología de la anormalidad**. (348 – 360). México: Mc Graw Hill.
18. Hosák, L. y Bahbouh, R. (2002, septiembre). Costes y resultados del tratamiento con risperidona en la esquizofrenia en la republica Checa. (25 párrafos). *Eur Psychiatry*. Vol. 17, 520-528. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/8/520-528.pdf>
19. Jensen, H. P. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. (28 párrafos). **Actualidades en psicología**. Vol. 19: (106), 139-145. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/ps001-08.php>.
20. Jiménez, M. D., Manuela, J. A., García, A. & Garrancho, M. D. (2004). Esquizotipia psicométrica y alteraciones atencionales. (28 párrafos). **Psicothema**. Vol. 16:(1), 22-26. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1155.pdf>.
21. Kaneda, Y., Nagamine, I., Fijii, A. (2003, Junio). Ansiedad-estado en la esquizofrenia. (30, párrafos). **The European journal of psychiatry (edición en español)**. Vol. 17: (2), 101-107. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
22. Lemos, S. Vallina, O. Fernández, P. Ortega, J. García, P. Gutiérrez, A. García, A. Bobes, J y Miller, T. (2006, junio). Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). (40 párrafos). **Revista de Psicología en Línea. Actas Españolas de Psiquiatría**. Vol. 34: (4), 216-223. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=633776>
23. Lemos, S, Vallina, O y Fernández, P. (2006). La investigación cognición del síndrome esquizofrénico. **Revista apuntes de psicología**. Vol. 24, (1), 137-155. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2226657
24. López-Frutos, J. Ruiz-Vargas, J y Hillers, R. (2004). Procesos implicados en el establecimiento del origen de la información y génesis de las alucinaciones en pacientes esquizofrénicos. **Psicothema**. Vol. 16: (4), 592-599. Disponible en: <http://www.psicothema.com>
25. Middelber, T., Mackerprang, T., Hasson, L, Werdelin, Karlsson, H., Bjarnason, O., Bengtsson – Tops, A., Dybbro, J., Nilson, L. L., Sandlund, M. y Sörngaard, K. W. (2001, agosto). El estudio nórdico sobre pacientes esquizofrénicos que viven en la comunidad. Necesidades subjetivas y ayuda percibida. (42 párrafos). **Eur Psychiatry**. Vol. 16, 462-470. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsyoct/462-470.pdf>
26. Montaner, X., C., Jódar, M., V. (2008, Marzo). El insight multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas en la esquizofrenia. (56, párrafos). **Revista de psiquiatría. com**. Vol. 12: (1). Disponible en <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis>
27. Montoya, A. Lepage, M y Malla A. (2005). Disfunción estructural del lóbulo temporal en pacientes con un primer episodio psicótico de esquizofrenia. **Salud Mental**. Vol. 28: (2), 33-39.

28. Morera, A. L., Henry, M., García-Hernández, A., Fernández-López, L. (2007). Proteínas de fase aguda como marcadores biológicos de la psicopatología negativa en la esquizofrenia paranoide. (17 párrafos). **Actas españolas de psiquiatría**. Vol. 35: (4), 249-252. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
29. Muñoz, F. M. y Ruiz, S. C. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. **Revista Colombiana de psiquiatría**. Vol. 36: (1), 98 -110.
30. Muñoz, P., Gallardo R. (2003, Diciembre). Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con Clozapina. (16 Párrafos). **Revista chilena de neuro-psiquiatría**. Vol. 42: (1), 37-42. Disponible en www.revista chilena de neuro-psiquiatría.
31. Palma, C. S., Farriols, N. H., Cebriá, J. A., Segura, J. B. (2007). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. (57, párrafos). **Papeles del psicólogo**. Vol. 28: (002), 127 – 135. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
32. Parellada, E y Fernández-Egea, E. (2004). ¿Qué es lo que la ciencia conoce en la actualidad sobre las causas de la esquizofrenia? En: Rodón, E y Fernández-Egea, **Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza**. (61-84). España: Morales i torres editores.
33. Pedros, A. y De Vicente, T. (2002). Esquizofrenia catatónica, complicaciones médicas asociadas e indicación de terapia electroconvulsiva: a propósito de un caso clínico. (29 párrafos). **Train med**. Vol. 9:(5), 215-218. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/10090>
34. Perona, S. (2006). La intervención en esquizofrenia: nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica. (16 párrafos). **Apuntes de psicología**. Vol 24:(1-3), 5-10. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_1.pdf
35. Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinatorias en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. **Psicothema**. Vol. 14: (1), 26-33. Disponible en <http://www.psicothema.com>.
36. Piro, S. (1995). Alteraciones de la conversación. En: **El lenguaje esquizofrénico**. (451-465). México: Fondo de cultura económica.
37. Rianza C., Puente R., Quintero F., Chinchilla A., Correas J., Vega M y Saiz J. (2004). Etiopatogenia de la esquizofrenia: el valor de la neurobiología, en el neurodesarrollo y la neurodegeneración. **Revista psiqui.**, Vol 25, 246-263. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1069292
38. Rofes, L. Bueno, A. Valero, J y Labad, A. (2003). Estudio retrospectivo de los síntomas prodrómicos en la esquizofrenia. **Actas Españolas de Psiquiatría**. Vol. 31:(1), 35-39. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=633776>.
39. Ruiz - Vargas, J. M. (1987). Consideraciones conceptuales y metodológicas. En: **Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo**. (17-37). Madrid: Alianza.
40. Ruiz, J., García, S. y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. **Revista apuntes de psicología**. Vol. 24 ,(1), 137-155. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2226736>

41. Vázquez, C. Nieto-Moreno, M. Cerviño, M y Fuentenebro F. (2006). Efectos de incremento de la demanda cognitiva en tareas de atención sostenida en los trastornos esquizofrénicos y la esquizotipia. **Psicothema**. Vol. 18: (2), 221 - 227. Disponible en <http://www.psicothema.com>
42. Vila, F., Ochoa, S., Haro, J. M. (2003). Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. (44, párrafos). **Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**. Vol. 30: (6), 319 – 323. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=786275>