



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE VIDA
PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: UNA PROPUESTA**

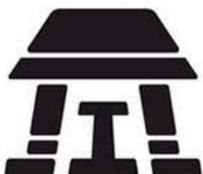
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

XOCHIQETZAL CLAUDIA JIMÉNEZ ROMERO

Directora: DRA. ROCIO TRON ÁLVAREZ

Dictaminadores: Mtra. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

Lic. EDY ÁVILA RAMOS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“No te rindas, aun estas a tiempo
de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,
liberar el lastre, retomar el vuelo.*

*No te rindas que la vida es eso,
continuar el viaje,
perseguir tus sueños,
destrabar el tiempo,
correr los escombros y destapar el cielo...”*

Mario Benedetti

Agradecimientos

A mi madre que es mi mejor ejemplo de esfuerzo, por su apoyo incondicional a pesar de mis errores y su fuerza para ayudarme a cumplir mis metas.

A mis hermanas Yoli y Met, con quienes he compartido miles de historias buenas y malas, con cada una he aprendido a valorar quienes son. Me han servido de ejemplo de perseverancia ante toda adversidad.

A Alan por mostrarme el lado bonito de la vida. Gracias por estar conmigo en cada paso desde que nos encontramos.

A mi padre que, a pesar de estar lejos, me ha acompañado en el proceso y me ha ayudado, si no económicamente, con buenos consejos.

A mis amigos que me regalaron todo tipo de momentos, personas inolvidables que han crecido conmigo, que me apoyaron, motivaron y confiaron en mí.

A Rocío por confiar en mí, tenerme paciencia y darme la oportunidad de finalizar esta etapa.

A todos mis profesores que ayudaron a construirme profesionalmente y a convertirme en la persona que soy, en especial a Edy.

Gracias

INDICE

Resumen	3
Introducción.....	4
Capítulo 1 Antecedentes históricos de la psiquiatría y los padecimientos psiquiátricos	7
Capítulo 2 Diagnóstico de la esquizofrenia	21
2.1 Los factores genéticos.....	23
2.2 Factores ambientales	24
2.3 Factores familiares y sociales.....	25
2.4 Fisiopatología	25
2.5 Epidemiología.....	26
2.6 Diagnóstico.....	26
Capítulo 3 Tratamiento médico para la esquizofrenia	36
3.1 Efectos secundarios	39
Capítulo 4 Tratamiento psicológico	42
Capítulo 5 5. Programa de intervención para la prevención de recaídas en personas con esquizofrenia.....	56
5.1 Paquete integral multicomponente	56
5.2 Manejo de síntomas	58
5.3 Grupo de apoyo para padres.....	61

5.4 Paquete de intervención Emoción Expresada (EE).....	62
5.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales	63
Conclusión.....	65
Bibliografía	68

RESUMEN

La situación de las personas que padecen esquizofrenia en México es desalentadora, pues son pocas las que logran llevar un tratamiento que comprometa y estimule el área biológica, psicológica y social.. Por lo que el objetivo de este trabajo, fue diseñar un programa de intervención psicosocial completo, que pueda ser utilizado en cualquier sistema de salud o asociación, con la finalidad de evitar recaídas en las fases agudas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

En el primer capítulo se hace referencia a la historia de la psiquiatría, enfocándose a la esquizofrenia, la cual ha estado rodeada, a lo largo del tiempo, de tabúes, prejuicios y miedo por los síntomas que la acompañan.

En el segundo capítulo describen las características etiológicas de la enfermedad, pues la esquizofrenia es una enfermedad que afecta biológica, cognitiva y socialmente al individuo que la padece, también se menciona de manera específica los síntomas de la esquizofrenia que afectan el dominio de diversas áreas cognitivas y comportamentales (Orellana et al, 2006).

El tercer capítulo hace referencia a la intervención farmacológica, medicación antipsicótica en especial y síntomas secundarios que originan los medicamentos.

En el cuarto capítulo se mencionan distintas alternativas de intervención psicológica resaltando los beneficios que aporta el tratamiento psicosocial que, entre otras cosas, ayuda a mejorar los síntomas que alteran las facultades comportamentales.

Finalmente, el programa de intervención se describe en el quinto capítulo. Recordando que la finalidad de cualquier tratamiento psicológico es lograr que las personas con discapacidad puedan desarrollar aquellas capacidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales necesarias para la vida. (Anthony, 1982, en Martínez, 2005).

INTRODUCCIÓN

En el mundo se han desarrollado diversos tratamientos para la rehabilitación de distintas enfermedades mentales, incluyendo la esquizofrenia. Cifras de la OMS estiman que cerca del 1% de la población mundial padecen esquizofrenia, en México, las cifras son parecidas, se estima que cerca de 500 mil a 700 mil personas padecen esta enfermedad. Suele iniciarse entre los 20 años y durante toda la vida persiste el riesgo de sufrir un episodio psicótico o síntomas conductuales negativos (Vargas, 2004). A pesar de los avances científicos actuales en la neurociencia, la etiología de la esquizofrenia sigue siendo desconocida (Tamminga, 1999, en Pardo, 2005).

Para Kraepelin los desórdenes básicos de la demencia precoz, término que usó en un principio para denominar la esquizofrenia, estaba centrado en un debilitamiento de las actividades emocionales que constituyen la voluntad y en la pérdida de la unidad interna de las actividades intelectuales de la emoción y la voluntad (Kraepelin, 1919, en Pardo, 2005).

Los fenómenos cognitivos no pasaron desapercibidos por Kraepelin, él describe la dificultad de mantener la atención fija y su fluctuación. Para él, la perturbación de la atención fija podía estar vinculada en la falta de motivación por las cosas en cuanto falla la motivación emocional y el debilitamiento de la voluntad (Kraepelin, 1919, en Pardo, 2005).

Desde 1970 a 1990 los trabajos científicos apuntaron a la diada entre los síntomas positivos (alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento) y los síntomas negativos (abolición, aplanamiento afectivo, alogia, etc) (Andreasen, y Osen, 1982; Andreasen y Flaum, 1991, en Pardo, 2005).

La suma de las investigaciones apuntan a la conclusión de que no hay un perfil neuropsicológico o estructura neuroanatómica que sea patológica de la esquizofrenia. Los déficits neurocognitivos en esta enfermedad son

extremadamente amplios y desafían cualquier intento de sistematización. Además de que existen variaciones en el funcionamiento neuropsicológico o estructural neuroanatómico entre los pacientes con esquizofrenia atribuidos a la heterogeneidad clínica de la enfermedad (Rund y Borg, 1999 en Pardo, 2005).

El estrés, la personalidad del sujeto, su estilo cognitivo y de afrontamiento y emociones expresadas en el ambiente, inciden de manera importante en los síntomas y la evolución de la enfermedad. Se han diferenciado al menos tres dimensiones en la sintomatología del síndrome esquizofrénico: positiva (alucinaciones y delirio), negativa (empobrecimiento del pensamiento, de la afectividad, de la conducta y del lenguaje) y desorganizada (pérdida de la jerarquía de respuesta del lenguaje, la conducta y la afectividad) (Kay, Sevy, 1990; Peralta, Cuesta, De León, 1994, en Vargas, 2004).

En la actualidad, la rehabilitación de la esquizofrenia se asume a diversos especialistas y profesionales que realizan una intervención combinada y coordinada dentro del ámbito comunitario. El tratamiento farmacológico estabiliza los síntomas de los pacientes, pues se ha comprobado que los neurolépticos reducen las recaídas en los enfermos más crónicos (Davis, Kane, Marder, Brauzer, Gierl, Schooler, Casey y Hassan, 1993; Moriana, Alarcón, y Herruzo, 2006)

Por lo que las intervenciones familiares tienen su encuadre desde la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977, en Muela y Godoy, 2001), pues los familiares potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental. Aquí también se habla de las emociones expresadas, variable que se encuentra como predictor de recaídas. El riesgo de recaídas aumenta cuatro veces en los pacientes que regresan, después de un ingresos hospitalario, a un ambiente con alta hostilidad y con críticas negativas hacia el paciente (niveles altos de emoción expresada) (Leff y Vaughn, 1985, en Muela y Godoy, 2001).

En la actualidad se pueden encontrar diversos tratamientos contra la esquizofrenia que resultan más útiles y efectivos a bajos costos, pero las nuevas

alternativas de tratamiento se encuentran lejos del alcance del sistema de salud pública en México, haciendo de la enfermedad, una discapacidad casi permanente. Si bien, el sistema de salud se encarga de facilitar el tratamiento farmacéutico, éste no es suficiente para una rehabilitación que integre a los pacientes con esquizofrenia a la sociedad.

Por lo que el objetivo de este trabajo, fue diseñar un programa de intervención psicosocial completo, que pueda ser utilizado en cualquier sistema de salud o asociación, con la finalidad de evitar recaídas en las fases agudas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LOS PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

La salud mental comenzó, según Alexander (1966, en Gonzáles, 1998), cuando un ser humano alivió a otro con su influencia. Esto dio origen a un sentimiento de oposición a las leyes naturales al intentar dominarlas, asignando tribalmente a una persona para que pudiera dominar dichas fuerzas, lo que dio origen a los rituales mágicos, así mismo, planteando el origen de las curaciones psicósomáticas entre los individuos.

Ahora bien, la epistemología griega desarrolla la teoría de los cuatro humores, así mismo logra identificar el cerebro como el órgano responsable de las anomalías en el comportamiento (González, 1998). El humoralismo dictamina que la salud se encuentra en el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores” que conforman el cuerpo humano: la bilis, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Por lo que, las enfermedades se interpretaban como un desequilibrio en la composición humoral de los órganos afectados, y el médico era quien se encargaba de restablecer ese balance. Esta interpretación de la enfermedad se enfrentó directamente con la interpretación de las posesiones demoniacas, que en la cultura griega, ya hacían su aparición (Salaverry, 2012). Areteo de Capadocia sitúa la melancolía y la manía en el hipocondrio, así como el delirio se atribuía a la acumulación de bilis amarilla en el cerebro (González, 1998).

Así mismo, Hipócrates logró establecer una clasificación de las enfermedades mentales basada en la observación clínica y eran las siguientes (González, 1998):

1. Frenitis: Trastornos mentales agudos con fiebre.
2. Manía: Alteración mental aguda sin fiebre. Agrupando probablemente todas las formas de psicosis aguda no febril.

3. Melancolía: Aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas no agitadas.
4. Convulsiones
5. Histeria: Caracterizada por disnea paroxística y convulsiones.
6. Enfermedades de los Escintios: Alteraciones sexuales abigarradas, incluyendo, predominantemente, travestismo, aparentemente muy frecuentes en la región de Escintia.

Las convulsiones eran un atributo de personas elegidas por los dioses por lo que se le denominaba la enfermedad sagrada. En el conjunto de escritos de la antigüedad atribuidos a Hipócrates (Corpus Hippocraticum) se dice de la enfermedad sagrada (Salaverry, 2012).

“A propósito de la llamada enfermedad sagrada, he aquí lo que ocurre: me parece que no es en modo alguno más divino ni más sagrado que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. Pero los hombres creyeron que su causa era divina, por ignorancia o por el carácter maravilloso de la dolencia, que no se parece en nada a otras enfermedades”

Posteriormente Galeno en el siglo II d.C. aceptaba, como los hipocráticos, que las enfermedades mentales tienen un carácter natural. La tradición galénica clasificó las enfermedades mentales en dos tipos: la manía, que se producía por exceso del humor en la sangre o de la bilis amarilla, y la melancolía con alucinaciones o delusiones que se originaba en un exceso de bilis negra y su principal manifestación sería la depresión (Salaverry, 2012). Así mismo, manifestó que existía una falsa impresión de los sentidos (Phantasis), a la que consideró patogénica en algunos casos de delirio. Hizo una relación entre algunos estados de miedo y de desesperación en conjunto con la melancolía y los clasificó en dos estados: uno mental (paranoia) y el otro estado que sería somático. Realizó una relación entre la ausencia o insatisfacción sexual y la histeria (González, 1998).

Ahora bien, los romanos adoptaron las particularidades de los griegos, sin embargo, con la llegada del cristianismo y su oficialización del decreto de Constantino en el 323 d.C., produjo que las enfermedades fueran adjuntadas al designo divino. Entre los médicos cristianos se interpretaba la locura como posesión demoníaca. Surgieron los primero hospitales que eran administrados por matronas cristianas con caridad y compasión hacia el enfermo, pero sin cambiar el designio divino por lo que no curaban a los enfermos, sino que se brindaba apoyo espiritual y también físico en tanto se definía la voluntad divina al respecto. La enfermedad mental no era una dolencia, era una posesión demoniaca y era tratada por el sacerdote, por lo que las enfermedades mentales se mantuvieron en el ámbito doméstico (Salaverry, 2012).

Los árabes, con el Islam, atribuían las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales a fuerzas sobrenaturales. Aquí las enfermedades mentales eran indicadas como fallas en los amuletos que era creada por genios o demonios. En los hospitales se aceptan a los enfermos mentales, debido a la doctrina griega aceptada llevada por los intelectuales emigrantes que huyen de la intolerancia cristiana. Si bien, los enfermos mentales eran aceptados en los hospitales y tratados con purgas y sangrías para eliminar los humores alterados, el prejuicio de la enfermedad atribuida a energía sobrenatural, hacía de las enfermedades mentales un asunto que perjudicaba a toda la familia (Salaverry, 2012).

Sin embargo, los primeros informes de salud mental en occidente se hayan en la biblia. Los datos bíblicos mencionan, en el libro de Daniel, el relato de Nabucodonosor que, por su soberbia, es castigado por siete años con la locura y por decisión divina es liberado del castigo, es sanado. En la antigüedad las enfermedades mentales se atribuían a poderes sobrehumanos, las culturas más complejas atribuían la locura a los dioses y las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales (Salaverry, 2012).

En la época medieval se creía que las fuerzas naturales dependían de Dios así como del demonio, por lo que las enfermedades mentales carecían de algún fundamento que no fueran las fuerzas divinas. Todo esfuerzo por aliviar las

enfermedades mentales podía ser considerado una alianza con el demonio (González, 1998). En la época medieval existían dos tipos de hospitales, los que eran fundados por obispos y se encontraban en las ciudades, y los que estaban situados en zonas rurales que eran dependencias de los monasterios. En 1410 comenzó a funcionar el primer manicomio del mundo cristiano-occidental, el Hospital de Santa María en donde se les obligaba a trabajar a hombres y mujeres, pues se creía que la inactividad podía perturbar más a los enfermos, fomentaba los malos hábitos y los malos vicios. La desobediencia y el carácter voluble se castigaban con azotes (Martínez, Morillo, Fuentes y Nogales, 2003).

Así mismo, la medicina tuvo pocos avances dando a la enfermedad el entendimiento de la mortificación de la materia, llevándola a una glorificación. Pero las enfermedades mentales estaban vinculadas al demonio. Los enfermos mentales eran llamados lunáticos en modo de burla (término usado por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental) (Martínez et al; 2003).

Ahora bien, en la época cartesiana, donde surgió el dualismo mente cuerpo, la enfermedad mental manifestó un problema pues se creía que la mente o espíritu se encuentra fuera del mundo material. Por lo que la locura se asume como una enfermedad del cuerpo, intentando encontrar un lugar para esta enfermedad e intentando encontrar una relación entre el cuerpo y la razón, entre la voluntad y las funciones corporales producidas por las enfermedades mentales. Para Thomas Willis el cerebro se nutría de sangre, pero la que llegaba al cerebro pasaba por un proceso previo de filtración que la convertía en “espíritus animales”, que se constituían en intermediarios entre el cuerpo físico y la mente. La locura y las delusiones o falsas ideas, eran resultado de la acción caótica de esos espíritus en la mente. Esos mismos espíritus podían llegar a los músculos y explicaban entonces los extraños movimientos y acciones que caracterizaban a los enfermos mentales. Así la enfermedad mental regresó a los tratamientos, ya que se debía a un desorden orgánico. Las enfermedades mentales recibieron nuevas denominaciones según los estratos sociales de donde se encontraba, la melancolía en la clase superior se denominaba spleen (mal humor), mientras que

en alguien de clase trabajadora se le denominaba *lowness of spirit* (falta de espíritu) (Salaverry, 2012).

A finales del siglo XVII ya existía una concepción neuronal de la enfermedad mental. Haller, determinó que la melancolía era el resultado de la evaporación de algunas sustancias de la sangre, y la acumulación y condensación en el cuerpo lo que causaba el letargo. Esto dio origen a diversas especulaciones entre las cuales surgió la concepción popular “tener piedras en la cabeza”, la cual mostraba que las concepciones de posesiones demoniacas quedaban parcialmente rezagadas siendo cambiadas por una visión más naturalista (Salaverry, 2012).

Luis Vives propuso, en 1526, registrar a todos los pobres que mendigaban por las calles, con el objetivo de ocuparlos en trabajos de acuerdo a su edad y estado de salud. Los locos debían ser aislados de los pobres y ser internados en los hospitales para ponerlos fuera de la sociedad (Martínez, et al 2003).

Posteriormente John Locke y Condillac postulan que la mente es como una página en blanco, la cual genera ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos. En Edimburgo William Cullen (1710-1790) difundió que la locura era una asociación de ideas equivocada sobre la realidad y las emociones desproporcionadas (Salaverry, 2012).

El primero en mencionar que la enfermedad mental tenía un componente psicológico fue Vincenzo Chiarugi, quien dictaminó que los estados corporales tenían una influencia en la mente a través de los sentidos, es decir, de un sistema nervioso, por lo tanto no podía tener una influencia hereditaria, se inclinaba hacia la adquisición de las enfermedades mentales. Es por esto que su principio terapéutico se basaba en brindar influencias positivas sobre los sentidos y el sistema nervioso (Salaverry, 2012).

Por otra parte Philippe Pinel llegó a inclinarse por el aspecto psicológico, él intentó encontrar alteraciones morfológicas en las necropsias de los enfermos mentales. En este periodo se inician los asilos de enfermos mentales y las observaciones permiten conocer mejor dichas enfermedades, que incluyen también a enfermos

de sífilis. En este entonces los problemas de salud mental fueron materia de la salud pública (Salaverry, 2012).

En 1785, Jean Colombier y François Doublet publican en Francia las instrucciones para gobernar a los insensatos. Para poder escribir este documento, investigaron la última tecnología que se utilizaba para cuidar a los enfermos mentales, y se percataron que todas las instituciones tenían un trato inhumano con los pacientes. Ellos proponen que los ricos podrían cuidar de sus familiares en sus casas, mientras que los pobres podían ser integrados en un centro para poder ser cuidados de mejor modo. Así se involucra al estado en el cuidado de los enfermos mentales (Pérez, 2000).

El documento “Las instrucciones para gobernar a los insensatos y para trabajar en su curación en los asilos que les son destinados” es pedido por las autoridades a estos médicos, con el objetivo de reglamentar los cuidados y la ubicación que se dará a los enfermos mentales y, a su vez, regular el tratamiento que debe administrarse en las diferentes clases de locura. Con esto se quiere dar un trato digno a los enfermos mentales, metiéndolos a los ya conocidos asilos especiales, esto serviría para apoyar médica y socialmente, y no sólo con la finalidad de aislar e impedir que estas personas contagiaran y afectaran a toda la sociedad. En este tratado, por primera vez se menciona la necesidad de que el lugar donde se colocan los pacientes mentales sea a favor de su alivio, de su curación y la mejoría de su estado. Especificando las instalaciones donde se asila a los pacientes, las cosas que deben comer, como deben vestir, específicamente rapados para que los parásitos no lleguen al cerebro y el personal que debe cuidar de ellos. Se clasifican dependiendo de su padecimiento, y se hacen horarios específicos para las comidas y los baños. Los tratamientos seguían constando de purgas, sangrías, duchas de agua helada, almizcle, alcanfor y narcóticos. Dependiendo del tipo de locura que padecía cada paciente, mencionando también un tratamiento de caldos para los pacientes que se hayan curado (Colombier y Doublet en Pérez, 2000).

Ahora bien, en México la evolución del tratamiento de las enfermedades mentales se encontró, en casi todo momento, a la vanguardia mundial.

Desde la época prehispánica se tenían avances en la medicina tratando diversas enfermedades con remedios herbales. Así se tenía conocimiento de algunos tratamientos específicos para enfermedades como la epilepsia o fracturas en la cabeza, y hasta remedios en contra del miedo, ya que la resistencia al dolor y la intrepidez eran características básicas que se respetaban en los niños, por el contrario el miedo y la timidez eran males aquejados.

Cuando se consolida la época colonial, en la Nueva España surge uno de los primeros hospitales para el tratamiento y el internado de los enfermos mentales. Es precisamente Fray Bernardino Alvares, poseedor de grandes riquezas debido a su actividad de comerciante en Perú, quien decide, después de dedicar 10 años de su vida a cuidar enfermos, abrir un hospital para enfermos mentales con la generosidad del pueblo. Le donaron un pequeño terreno y en 1567 erige el hospital de San Hipólito y comienza sus actividades recibiendo a enfermos, pobres, viejos y enfermos mentales. En este hospital eran los hermanos de la caridad quienes cuidaban de los enfermos, también conocidos como Hipólitos. Pero en 1604, entraron en la nueva España la orden de los hermanos de San Juan de Dios (juaninos) dirigidos por fray Juan de Zequeira (Calderón, 2002).

En 1698 se crea el Hospital del Divino Salvador para mujeres, este hospital es fundado por José Sayago, quien con su mujer se dedicaron a recoger mujeres dementes y humildes y alojarlas en su casa. Posteriormente fueron ayudados por el arzobispo Francisco Aguilar y Seijas quien decide mudar el hospital en 1698 a una casa aún más grande, y en 1700 adquieren un edificio donde erigen allí el hospital. A la muerte del arzobispo, los jesuitas se encargan del mantenimiento y cuidado del hospital, pero en 1800 queda a cargo del gobierno debido a la expatriación de los jesuitas (Calderón, 2002).

A finales del siglo XV Sprenger y Kraemer escriben el *Malleus Maleficarum*, obra representativa de la inquisición. Se divide básicamente en tres partes, la primera se basa en la comprobación de la brujería y las brujas. La segunda parte, plasma métodos para identificar a las brujas y la tercera, manifiesta como identificar una bruja, y qué se tiene que hacer para entregarla legalmente o para liberarla del diablo (Calderón, 2002).

Este libro provocó en la nueva España que los enfermos mentales fueran enjuiciados como endemoniados, por lo que este sector fue tratado por el clero. En este sentido el clero inventó una metodología para poder: en primer lugar descubrir los signos del demonio en cada persona, y en segundo lugar poder sacarlo del poseído (Calderón, 2002).

En la nueva España la inquisición no llegó tan fuerte como en España, pero se juzgaba con la misma severidad a cualquier persona que pudiera parecer endemoniada. Los casos se atendían dependiendo su severidad, aunque lo más popular era un exorcismo, pero si esto no servía se utilizaba el castigo corporal que podía llegar hasta la cremación del paciente (Calderón, 2002).

En este siglo el atraso en la medicina y la psiquiatría fue inminente, puesto que todo problema mental era atribuido a una posesión demoniaca. La inquisición también generó retrasos, porque los textos que pudieron dar aportes a la ciencia fueron poco estudiados.

En el hospital de San Hipólito hubo pocos avances en el tratamiento de las enfermedades mentales, tanto así, que el término loco se utilizaba para nombrar a las personas que sólo estorbaban a la sociedad, denigrándola e infravalorándola puesto que no merecen más (Calderón, 2002).

Pero al iniciarse el siglo XX, el gobierno de Porfirio Díaz ordenó la construcción de un Hospital psiquiátrico que llenara las carencias de la época y previera las necesidades en el futuro. El encargado de la obra fue el ingeniero Porfirio Díaz hijo, comenzó a construirse el 9 de junio de 1908 y el proyecto se concluyó el 25 de agosto de 1910. Fue inaugurado el 1º de septiembre para conmemorar el Centenario de la Independencia. Fue edificado en los terrenos de una hacienda llamada La Castañeda, nombre que permaneció para el hospital, veinticuatro edificios formaban parte del hospital en un área de 141 662 metros cuadrados, cercado con una barda de piedra (Calderón, 2002).

En la época de los cuarentas se estableció un pabellón especializado en el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos, con lo que se creó un pabellón central con una máquina de rayos x, con una cama de plomo blindada para evitar interferencias, un aparato para electropirexia, una máquina para electrochoques, un quirófano para intervenciones quirúrgicas. Con esto se pretendió que todos los pacientes que necesitaran de tratamientos especializados fueran trasladados, de los pabellones de observación, al pabellón central. También había un pabellón destinado a los talleres, los hombres elaboraban alfombras y las mujeres trabajos de costura y deshilado (Calderón, 2002).

Los pacientes estaban abandonados, mal vestidos, mal nutridos, un mal aseo pues la mayoría de los baños estaban descompuestos, algunos dormían en el suelo, pues el hospital estaba diseñado para 1300 pacientes y hasta ese momento habían cerca de 3000 internados, y muy pocos pacientes recibían algún tratamiento. La situación era deplorable, los pacientes pedían dinero y comida a quienes iban de visita.

Entre los pocos tratamientos que se brindaban a los pacientes estaba (Calderón, 2002):

El choque con insulina, probado en 1924 para pacientes hiperactivos, pues en teoría su comportamiento se debía al exceso de adrenalina, probado también en padecimientos con síntomas similares, y observando mejores resultados si la dosis producía un choque hipoglucémico, entrando así en coma, posteriormente era sacado de este estado con carbohidratos por una sonda. El tratamiento era peligroso pero daba buenos resultados.

Los choques con cardiazol. Primeramente empleado por el doctor Von Meduna, director del hospital psiquiátrico en Budapest, quien comprobó que si los pacientes esquizofrénicos desarrollaban un cuadro convulsivo, por ejemplo, debido a un traumatismo craneal severo, la enfermedad desaparecía. Por esto se utilizó una inyección de cardiazol en estos enfermos, pero esto producía miedo a la sensación de muerte por las convulsiones y la inyección por lo que quedó en desuso.

El tratamiento con electrochoques. El cual fue desarrollado por Cerletti y Bini en 1938, especialmente diseñado para provocar convulsiones por medio de la electricidad. Consistía en aplicar 110 volts durante 0.1 segundos en las regiones temporales del sujeto. Esto provocaba un ataque similar a la epilepsia y al ser aplicado el paciente perdía la conciencia. Antes debía realizarse un estudio médico para comprobar que no hubiese osteoporosis.

La lobotomía prefrontal. Fue ideada por Egas Moniz en 1936, quien propuso eliminar tejido nervioso en los lóbulos prefrontales. Este método dejaba una lesión en el cerebro por lo que fue eliminada completamente.

La malarioterapia y electripirexia. Por primera vez Julius Wagner Jauregg, en 1917, descubre que la sífilis alojada en el sistema nervioso podía ser eliminada por una fiebre muy alta. Decide utilizar la malaria para originar esa fiebre haciendo llegar hasta 40 o 40.5 °C. Posteriormente se elevaba la temperatura mediante

métodos físicos, el método de electropirexia, pero no era tan efectivo, debido quizá al procedimiento terapéutico.

En los cincuentas el interés por la psiquiatría despertó, pues se introdujeron en los tratamientos los psicofármacos. En la Castañeda se organizó el departamento de psicología en el pabellón central. Todos los pacientes eran supervisados a diario, se discutía el diagnóstico y se acordaba el tratamiento. Comenzaba a crearse un ambiente terapéutico con la colocación de macetones con plantas y flores en los pasillos. Que estaban a cargo de los pacientes, en particular de las mujeres. Se colocaron roperos en los cuartos y los empleados del hospital acordaron pintar las paredes. Hubo donativos de televisiones, radios, adornos como cuadros, floreros, ropa, artículos de belleza, un tocadiscos, un regulador de voltaje, etc.

Se dispuso un teatro para poder emplear el psicodrama, lo cual no funcionó debido al carácter psicótico de la mayoría de los enfermos. Se instaló una mesa de ping-pong, se colocaron mesas y sillas, donde se jugaba ajedrez, domino, entre otros juegos, que servían como terapia ocupacional. Se involucraron voluntarias que ofrecían talleres gratuitos para los internos. Después de estos cambios se notó un cambio en la conducta de los pacientes. Entre estos cambios también se comenzaron a dar consultas externas en los que se incluía a los pasantes de psicología (Calderón, 2002).

Si bien los sanatorios, como el de San Hipólito y La Canoa fundados durante los siglos XVI y XXVII, se encargaron de acoger a hombres y mujeres dementes, bajo las premisas católicas como la caridad y la misericordia, también tenían la misión de preservar la tranquilidad pública, así mismo intentaban crear el ambiente de un tratamiento moral. El tratamiento moral se encaminaba a influir en el estado anímico mediante la relación médico-paciente, además se disponía de diversas actividades como la música, el teatro o el trabajo para que las ideas fijas tomaran posesión de la mente. A mediados del siglo XIX La Canoa y San Hipólito tuvieron

reformas en la organización pues de ser administrados por la iglesia pasaron a manos de médicos, siendo más controlados los tratamientos (Sacristán, 2010).

El interés de los médicos por los padecimientos mentales aumentó, cuando en 1861 el Estado secularizó las instituciones de beneficencia, y con esto empezaron las discusiones sobre los modelos terapéuticos más adecuados para sustituir a los hospitales coloniales. Los proyectos realizados durante 1865 y 1910 coincidían en que se debía seguir la línea de los “manicomios morales” con lo que se debía mantener aislado al enfermo para alejarlo de pasadas emociones, distribuir a los pacientes en pabellones, evitar la sensación de encierro con amplios terrenos, disponer de abundante agua así como luz y viento para garantizar la higiene, establecer el trabajo terapéutico mediante trabajo de campo para los hombres y labores domésticos para las mujeres, estar bajo la dirección de un médico y generar investigaciones y enseñanza en la psiquiatría (Sacristán, 2010).

La Castañeda dependía del estado y las aportaciones del estado sucumbieron cuando, en 1911, Porfirio Díaz salió del país. Esto hizo que el manicomio creciera en la orfandad y fue hasta 1920 que pudo recuperarse debido al subsidio gubernamental. El 9 de Septiembre de 1910 fue inaugurada la Castañeda recibiendo a 779 hombres y mujeres de San Hipólito y La Canoa y algunos del Hospital de Epilépticos de Texcoco. Pero a las altas expectativas del nuevo manicomio de la ciudad, entre 1914 y 1920 el 45% de los pacientes no fueron diagnosticados, esto debido a la guerra. Entre 1910 a 1923 La Castañeda tuvo doce directores, así mismo, cuando se inauguró tenía un total de 98 médicos y hacia 1921 ya habían desertado 82 (Sacristán, 2010).

Para poder ingresar al manicomio era necesario llevar una carta firmada por dos médicos con la sintomatología, los defectos de conducta, la falta de adaptación al medio social o la enfermedad diagnosticada, y la necesidad de ser internados, podían ser internada cualquier persona sin distinción de sexo, nacionalidad, religión o edad (a partir de los 5 años) (Sacristán, 2010).

El 70% de los pacientes internos que procedían de San Hipólito y La Canoa fallecieron tras los muros y el 31% de los recién ingresados durante 1910 a 1913, lo que dio la reputación de incurabilidad al manicomio entre la opinión pública (Sacristán 2010). Entre 1917 y 1920, 41% de los pacientes se dieron de alta, esto debido a la petición de las familias, quienes se hicieron responsables del cuidado de los pacientes. En los primeros años la mayoría de los enfermos mentales era diagnosticado como epiléptico aun cuando no presentara signos de epilepsia, lo que significaba que esta denominación se realizaba a todos aquellos pacientes que eran “amorales”, aquellos sujetos que en su “carácter” pudieran cometer algún crimen o atentado contra la moral (Ríos, s/f). En 1920 las instalaciones estaban deterioradas, el mal estado de las duelas provocaba caídas y lesiones en los enfermos, las camas no tenían colchones, los cables de luz quedaban al alcance de los pacientes, plagas de ratas infestaban los pasillos, los patios se inundaban por las aguas negras debido al deficiente sistema de drenaje, la ropa reglamentada estaba raída y los pacientes andaban casi desnudos. La prensa comenzó a hablar sobre La Castañeda y con esto la psiquiatría se desprestigiaba con los informes de maltrato a los pacientes, atropellos a la ley, detenciones forzosas, tráfico de alcohol, asesinatos entre muchos otros. Sin duda, este manicomio sólo se veía como un lugar de reclusión, como un asilo más que como el lugar para tratar las enfermedades psiquiátricas (Sacristán, 2010).

De 1920 a 1924 La Castañeda dependió del Ayuntamiento de la ciudad de México, pero en 1925 volvió a recibir el subsidio federal y con esto se formó una comisión para las reformas que eran necesarias. Enrique Aragón propuso mejorar tres factores dentro del manicomio, que a su parecer eran los que afectaban a todo el desempeño de la institución, los cuales eran: las deficientes historias clínicas, la escasez de personal médico, además de su mala formación profesional, y la ausencia de investigación. Aragón se encargó de hacer una cédula de ingreso que constaba de 165 preguntas, además los datos generales y antecedentes

familiares, así como la descripción de los síntomas. Exigió una biblioteca de consulta pues hasta el momento no se contaba con una (Sacristán, 2010).

A finales de 1965, durante el periodo presidencial de Gustavo Díaz Ordaz, el secretario de salubridad; Rafael Moreno Valle, visitó por primera vez La Castañeda, y planteó como principal objetivo en materia de salud la transformación del manicomio. La solución a La Castañeda fue crear diversos hospitales especializados, en donde se pudiera atender a tanta población con mejor eficacia. Cuando los pacientes fueron trasladados se cerró simbólicamente el manicomio general pues en la puerta principal se colocó una cadena con un candado (Calderón, 2002).

La Castañeda albergó a más de sesenta mil pacientes desde 1910 hasta su clausura en 1968.

En el proyecto de destrucción de La Castañeda se construyó el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que constaba de 10 niveles con 16 consultorios para un cupo máximo de 50 pacientes. Para poder tener terapia ocupacional y recreativa, el hospital fue dotado de 6 talleres y dos áreas de socioterapia de usos múltiples, jardín y juegos al aire libre. Además, se construyó el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” con 32 camas (Calderón, 2002).

Dentro del plan para organizar la salud mental en México, también se crearon Hospitales Campestres con la finalidad de que los pacientes pudieran tener un ambiente terapéutico y crear con su trabajo la responsabilidad de cuidarse a ellos mismos. Entre ellos estuvo el Hospital Psiquiátrico Campestre Fernando Ocaranza, construido en Tizayuca, Estado de México (Calderón, 2002).

Actualmente los hospitales que sustituyeron a la Castañeda han sido descentralizados y son subsidiados por las coordinaciones estatales.

El Hospital Fray Bernardino Álvarez ha promovido la investigación en sus instalaciones para poder mejorar los tratamientos. Se creó el Instituto Nacional de Psiquiatría Doctor Ramón de la Fuente con el objetivo de realizar investigaciones científicas, formar el personal profesional capaz de desempeñarse en la psiquiatría, efectúa un estudio de los enfermos mentales y asesora a otros organismos privados y públicos (Calderón, 2002).

2. DIAGNÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Durante años se ha pretendido encontrar una definición precisa de esquizofrenia. Se ha intentado determinar con precisión en primer lugar: qué criterio nosológico es el más válido para la clasificación de la esquizofrenia, también si debe ser un criterio transversal y/o longitudinal, en segundo lugar, aun en la actualidad no se ha podido determinar con seguridad qué combinación de signos y síntomas pueden ser utilizados para delimitar la enfermedad como una entidad específica (González, Rodríguez y Sierra, 1993).

Lo que si se asegura es que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica. Un evento psiquiátrico crónico es considerado un estado evolutivo del mismo diagnóstico inicial, Mc Glashan (1988) y Angst (1988) (en Gisbert, 2003) mencionan que en la esquizofrenia el 25% de la personas que presentan un brote inicial puede recuperarse por completo, el 60% presentan un curso variable o episódico y el 15% tiene un deterioro progresivo. Así mismo, han manifestado que la enfermedad a largo plazo no sólo continúa con los mismos síntomas, sino que tiene una evolución multidimensional y que éstos síntomas de inicio no contemplan el deterioro social a largo plazo (Gisbert, 2003). Tiende a presentarse en los hombres de edades entre dieciséis y veinticuatro años de edad y en las mujeres suele presentarse en un rango entre los veinte y treintaicuatro años. Los datos estadísticos mencionan que sólo uno de cada cinco pacientes logra recuperarse por completo según el National Institute of Mental Health en los Estados Unidos.

Si bien, en la esquizofrenia no existe una etiología o fisiopatología bien definida, las evidencias apuntan a ciertas anomalías neurobiológicas y cognitivas que anteceden a la aparición de los síntomas y que, tomando como base el modelo de estrés-vulnerabilidad, hacen que el organismo sea vulnerable a diversos factores estresantes que serían los desencadenantes.

En la actualidad la teoría Diátesis-Estrés propone que la enfermedad no es originada por un solo factor aislado, sino por el conjunto de varios factores tanto ambientales como genéticos que en presencia de una vulnerabilidad específica de la persona hacia la esquizofrenia se desata, este factor puede ser generado por diversos factores estresantes (Rosenthal, 1970 en Apiquian, et al., 2005).

2.1 Los factores genéticos

Sullivan (2003, en Apiquian et al., 2005) especifica el peso de la carga genética en el desarrollo de la enfermedad siendo de 81% y el peso de los aspectos ambientales cerca de 11%. Por otro lado Cannon (2002, en Apiquian et al., 2005) menciona que el riesgo de desarrollar esquizofrenia incrementa en un 50% si ambos padres padecen dicha enfermedad y de 60% a 84% si se trata de gemelos homocigotos. Ningún estudio ha podido determinar un gen específico asociado con la enfermedad, se habla de múltiples anomalías cromosómicas (Berrettini, 2000; Brzustowicz et al., 2000; Straub et al., 1995; Blouin et al., 1998; Ekelund et al., 2001 en Apiquian et al., 2005).

Las más recientes investigaciones acerca de la aparición de la esquizofrenia concluyen que la causa de la enfermedad es una interacción entre factores ambientales y genéticos. En cuanto a las características fenotípicas se ha encontrado que existen anomalías físicas menores como una circunferencia cefálica menor, implantación baja de las orejas, altura anormal del paladar entre otras, a nivel de la conducta se ha encontrado aislamiento social, expresividad afectiva disminuida y retardo en el desarrollo psicomotor (Apiquian et al., 2005).

2.2 Factores ambientales

Se han encontrado diversos factores ambientales que se enfrentan en el embarazo, como la exposición al virus de la influenza en el embarazo (Mednick, 1998 en Apiquian et al., 2005), desnutrición en el embarazo (Susser, 1996 en Betford, 2005), complicaciones obstétricas (Kinney, 1994 en Apiquian et al., 2005) y el consumo de tabaco durante el embarazo. También se mencionan las infecciones maternas que pudieran afectar el desarrollo del cerebro en el feto, lo que se llama una infección in útero, en específico el virus de la influenza en el segundo trimestre del embarazo, esto se puede dar posiblemente a que los anticuerpos maternos cruzan la placenta y reaccionan en las proteínas neuronales del feto. Cualquier tipo de complicación perinatal e intrauterina puede desarrollar un desorden neuronal (Volpe, 2001 en Apiquian et al., 2005). Entre las complicaciones obstétricas durante el parto se encuentran la hipoxia neonatal, hemorragias previas o durante el parto, preclampsia, cesárea de urgencia o un peso menor a 2.5 kg o mayor a 4 kg al nacer (Mueser, 2004; Cannon, 2002; Sullivan, 2003; Dalman, 2001; McGrath, 2003; Van, 2002; Brown, 2004; Cannon, 2002; Singh, 2004 en Apiquian et al., 2005). También se ha encontrado una asociación entre el estrés, malestar y el consumo del tabaco durante la gestación. (Cannon, 2002; Spauwen, 2004 en Apiquian et al., 2005). Los pacientes con este tipo de antecedentes inician más temprano en la enfermedad, tienen síntomas negativos con mayor intensidad y peor pronóstico (Apiquian et al., 2005).

Kawai (2004) encontró que el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor en madres con hijos esquizofrénicos, lo que aumenta el riesgo del padecimiento de la enfermedad en un 24% (Apiquian et al., 2005).

Las condiciones en el momento del nacimiento también son consideradas, se ha encontrado que tienen 10% de mayores probabilidades de desarrollar el padecimiento las personas que nacen a finales del invierno y principios de la primavera. Diversas teorías intentan explicar este fenómeno de modo que se ha

propuesto que existe un tipo de virus particular de estas épocas de año, así como una menor resistencia genética de las personas predispuestas a la esquizofrenia para superar los riesgos de esta estación (Apiquian et al., 2005).

2.3 Factores familiares y sociales

Diversos estudios mencionan la importancia de los factores familiares en el desarrollo de la enfermedad, como tal, tampoco se asume que la origine. Se dice que si en el momento del embarazo la madre es joven, el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor, mientras que si el padre es joven disminuye. Si la familia es grande el riesgo aumenta un 11% por cada hermano, y por cada ocupante de la misma habitación, si el padre es mayor a los 30 años pues quizá se deba a mutaciones en las células germinales diferencias de edades entre los hermanos pues si es menor a 5 años el riesgo aumenta y si es mayor a 10 años disminuye, si las hermanas son mujeres el riesgo aumenta. En general, si la edad de los padres es mayor, el riesgo aumenta la probabilidad de padecer esquizofrenia (Zammit, 2003; Byrne, 2003; Malaspina, 2001; Sipos, 2004 en Apiquian et al., 2005).

2.4 Fisiopatología

Hasta ahora una de las hipótesis más sonada es el aumento de la dopamina en la vía mesolímbica (Carlsson, 1963; Seeman, 1976; Farde, 1988 en Apiquian et al., 2005). Por lo que se sugiere que la presencia de actividad hiperdopaminérgica se asocia a los síntomas positivos de la enfermedad y la actividad hipodopaminérgica con la presencia de síntomas negativos, específicamente en el área prefrontal del cerebro (Banno, 1983; Pycock, 1980 en Apiquian et al., 2005).

2.5 Epidemiología

La esquizofrenia representa un problema de salud grave, pues en el sector de la psiquiatría entre el 40% y 50% de las hospitalizaciones son debido a este padecimiento. Dentro de las 4 primeras causas de discapacidad se encuentran los problemas neuropsiquiátricos entre los que se encuentra la esquizofrenia (OMS, 2001 en Apiquian et al., 2005). La Organización Mundial de la Salud (2000) menciona que cerca de 45 millones de personas en el mundo habían sufrido de algún cuadro esquizofreniforme o un trastorno esquizofrénico, y cerca de 25 millones de personas tenían esa enfermedad (2002) y el 40% no recibían tratamiento (2001). La esquizofrenia, después de la depresión, es el padecimiento con mayor demanda en los servicios de salud mental (Apiquian et al., 2005).

2.6 Diagnóstico

Criterio de diagnóstico según el DSM IV es el siguiente:

Apéndice 1

A.- Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante al menos un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

- 1) Ideas delusivas.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Lenguaje desorganizado (p. e. descarrilamiento frecuente o incoherencias).
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- 5) Síntomas negativos (p. e. aplanamiento afectivo, alogia, abulia).

Nota.- Sólo se requiere un síntoma del criterio A, si las ideas delusivas son extrañas o consisten en una voz que comenta los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces comentan entre ellas.

B.- Disfunción social/laboral: una o más áreas de actividad (estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de sí mismo) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o fracaso en alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral, si el inicio es en la infancia o adolescencia).

C.- Duración: Signos continuos durante por lo menos 6 meses, que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y, puede agregar periodos de síntomas prodrómicos o residuales.

D.- Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E.- Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos, directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F.- Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de esquizofrenia se hará si las delusiones y alucinaciones persisten por lo menos un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

Así mismo, existen varios tipos de esquizofrenia y depende de la sintomatología:

Tipo Paranoide:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

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

Tipo Desorganizado:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

Predominan:

- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento desorganizado
- Afectividad aplanada o inapropiada

No se cumplen los criterios para el tipo catatónico

Tipo catatónico:

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
- Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- Peculiaridades del movimiento voluntario, manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- ecolalia o ecopraxia

Tipo indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Si bien existen cuatro tipos de esquizofrenia, en general la enfermedad se caracteriza por tres fases, las cuales no poseen límites claros (Martín, 2009):

Primer episodio: la mayoría de las personas presenta una fase prodrómica que se caracteriza por diversos síntomas que van empeorando gradualmente hasta llegar a convertirse en fase activa.

Fase aguda: Se presentan síntomas psicóticos graves.

Fase de estabilización: Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos y dura aproximadamente 6 meses o más después del primer episodio agudo.

Fase estable: Los síntomas son estables o se presentan síntomas no psicóticos como tensión, ansiedad depresión o insomnio.

Cada caso de esta enfermedad tiene un comienzo y una evolución muy diferente, pero una posible explicación evolutiva que engloba todos los posibles inicios es la indicada por Chinchilla (2000).

El comienzo de la enfermedad puede ser de los siguientes tipos:

- 1) Inespecíficos.
- 2) Sospechosos.
 - Psicosis aguda.
 - Episodios maniacos o depresivos atípicos.
 - Retraimiento social.
 - Abandono del cuidado y aseo personal.
 - Afectividad embotada o inadecuada.
 - Alteración del lenguaje (disgregado, circunstancial, sobre elaborado, pobre o sin contenido).
 - Ideación extraña o pensamiento mágico (ej. telepatía, sexto sentido).
 - Experiencias perceptuales inhabituales (ej. fuerza de una persona que no está presente).

3) Comienzo agudo.

- Menos funciones psíquicas globales.
- Más alteraciones de la personalidad.
- Síntomas típicos paranoides o catatónicos.

4) Comienzo insidioso.

- Neurosis obsesiva.
- Neurosis de angustia.
- Seudohisteria.

Así mismo, los cuadros finales son descritos como:

- Remisión completa (desaparición de los síntomas).
- Cuadros residuales (síntomas y deterioro progresivo).

El curso de la enfermedad y el pronóstico es el siguiente:

- Curso progresivo en brotes.
 - Con remisiones y déficits parciales.
 - A mayor número de brotes, mayor defecto cognitivo y mayor resistencia al tratamiento farmacológico.
 - Si hay más de 3 brotes en 5 años habrá mayor defecto cognitivo.
 - Lo recurrente es que se dé un brote cada 5 años.

Los síntomas en la esquizofrenia se dividen básicamente en dos grupos, síntomas positivos y síntomas negativos. Ambos poseen una reacción fisiológica diferente así mismo, la reacción ante el medicamento también difiere. Los síntomas positivos hacen referencia a una sobreexcitación de las funciones mentales, por el contrario, los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de otras funciones mentales (Programa específico de esquizofrenia, Secretaría de Salud, 2002).

Los síntomas agudos se presentan en las crisis o partes agudas de la enfermedad y son relacionados a la hiperfunción dopaminérgica en los ganglios basales y sistema mesolímbico. En la mayoría de los casos la respuesta ante los medicamentos antagonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos es positiva (Programa específico de esquizofrenia, Secretaría de Salud, 2002).

Los síntomas negativos son observados durante las crisis así como en el periodo interpsicótico. Se dividen en dos, en síntomas propios de la enfermedad y aquellos que son creados por los medicamentos. Actualmente no existe medicamento para poder reducir estos síntomas, son causados por una hipofunción dopaminérgica a nivel cortical (Secretaría de Salud, 2002).

Antes de cualquier tratamiento es necesario conocer cada uno de los síntomas de la enfermedad. Los síntomas negativos descritos por Anderseen (Chinchilla, 2000) son los siguientes:

Pobreza afectiva.

- Expresión facial inmutable.
- Escasez de ademanes expresivos.
- Escasez de contacto visual.
- Ausencia de respuestas afectivas.
- Ausencia de inflexiones vocales.

Alogia.

- Pobreza del lenguaje.
- Pobreza del contenido del lenguaje.
- Bloqueos.
- Latencia de respuesta incidentada.

Abulia-Apatía.

- Falta de aseo e higiene.

- Falta de persistencia en el trabajo o escuela.

Anhedonia-insociabilidad.

- Disminución de interés en actividades.
- Disminución de interés en actividades sexuales.
- Disminución de relaciones con amigos y semejantes.

Déficit de atención.

- Distracción social.
- Falta de atención.

Los síntomas positivos de Andreasen (Chinchilla, 2000) son:

Alucinaciones.

- Alucinaciones auditivas.
- Voces que comentan.
- Voces que conversan.
- Alucinaciones olfativas.
- Alucinaciones visuales.

Comportamiento extravagante.

- Comportamiento social y sexual.
- Comportamiento agresivo.
- Conducta repetitiva.

Ideas delirantes.

- Delirio de persecución.
- Delirio de celos.
- Delirio de culpa.

- Delirio de grandeza.
- Delirio religioso.
- Delirio somático.
- Delirio de control.
- Intersección del pensamiento.
- Robo de pensamiento.

Trastornos formales del pensamiento.

- Incoherencia.
- Ilogicalidad.
- Circunstancialidad.
- Presión del habla.
- Distractividad.
- Asociaciones fonéticas.

Entre otros síntomas se encuentra una mala actividad en algunas funciones cognitivas (López y Vázquez, 2003 en Solórzano, 2004), las cuales tienen poca respuesta al tratamiento farmacológico y disminuyen las funciones cognitivas de los pacientes. Aproximadamente el 75% de los casos de esquizofrenia presentan un deterioro cognitivo (Orellana & Slachevsky, 2006, en Solórzano, Padrós y González, 2011).

Entre las funciones afectadas se encuentra la memoria, las funciones ejecutivas (planificación) y la atención.

Menciona Tamlym (Penadés, en Solórzano et al., 2011) que la memoria más afectada en los pacientes con esquizofrenia, es la memoria episódica y es más preservada la memoria semántica. Se ha documentado que hay más dificultades al evocar que al reconocer (Pardo, 2005 en Solórzano, 2011). Sharma y Antonova (2003, en Solórzano, 2011) mencionan que el motivo probable por el cual existan

dichos trastornos en la memoria, sería porque no hay una correcta codificación de los recuerdos y esto ocasionaría una evocación difícil.

Las funciones ejecutivas que menciona Salgado (2002 en Solórzano, 2011) se refieren al conjunto de procesos cognitivos que deben coordinarse para conseguir éxito en la ejecución de tareas complejas. Las personas con esquizofrenia presentan alteraciones en tareas que implican conceptualización, planificación, flexibilidad cognitiva, coordinación de tareas duales y capacidad para resolver problemas complejos (Orellana & Slachevsky 2006, en Solórzano 2011).

Entre los principales déficits cognitivos, propuestos por Fuentes (en Solórzano, 2011), se encuentra la atención; sobre ésta se apoyan otras funciones superiores, como la memoria, el razonamiento abstracto, etc. (López y Vázquez, 2003 en Solórzano, 2011), además facilita el trabajo de los mismos procesos cognitivos, es por esto que si existe un déficit en la atención, probablemente también lo exista en los procesos que la requieren. La atención es necesaria en la vida cotidiana, es por esto que resulta tan perjudicial en las personas con esquizofrenia (Solórzano, 2011).

Para quienes padecen esquizofrenia, la deficiencia se produce en diversas áreas que afectan el desempeño social, entre las cuales se encuentra (Blanco y Pastor, 1997, en Gisbert, 2003):

Falta de autocuidado (higiene personal, hábitos saludables, etc.)

Poca autonomía (mal desempeño laboral, falta de organización del dinero y el tiempo libre, falta de autonomía en el manejo de transportes y dependencia económica).

Poco autocontrol (mal manejo de situaciones estresantes, falta de competencias personales, etc.).

Falta de relaciones personales (falta de redes sociales, poco manejo de situaciones sociales, déficit de habilidades sociales).

Poca organización de ocio y tiempo libre (aislamiento social, falta de motivación e interés, poco manejo de ocio, etc.)

Disminución en el funcionamiento cognitivo (alteración de la atención, percepción, concentración y procesamiento de información).

Son estas dificultades las que generan problemas para el desempeño de roles sociales y en conjunto con los estigmas y el rechazo social hacia estas personas se origina un riesgo de desventaja y marginación social (Gisbert, 2003).

Las causas de la esquizofrenia son desconocidas aun. Existen diversas teorías que intentan explicar el posible origen de esta enfermedad pero hasta la actualidad aún no se ha aislado la causa específica, la más común es la del factor estresante que origina los primeros síntomas que desencadenan la primera fase aguda. La sintomatología es diversa dependiendo del tipo de esquizofrenia del que se hable por lo que es necesario un medicamento específico para cada paciente. Los medicamentos ayudan a los pacientes a evitar los síntomas pero, al mismo tiempo, desencadenan síntomas secundarios que también alteran la vida del paciente.

3. TRATAMIENTO MÉDICO PARA LA ESQUIZOFRENIA

Una verdadera ventaja en el tratamiento de la esquizofrenia es la aparición de los medicamentos antipsicóticos. En 1952 aparece la clorpromazida denominada fármaco neuroléptico (del griego neuron y lepsis; que significa “contener el sistema nervioso”) para describir su inhibición del sistema psicomotor, todos los medicamentos creados en los siguientes veinticinco años fueron denominados neurolépticos de primera generación. Estas características implicaban que no sólo poseían propiedades antipsicóticas, sino también que generaban reacciones adversas motoras y los efectos secundarios eran inesperados (Apiquian et al, 2005).

A inicios de los años noventa se crearon antipsicóticos ya llamados de segunda generación. Éstos reducen considerablemente los efectos secundarios de los primeros fármacos aunque no están completamente exentos, si las dosis son mayores los efectos secundarios aparecen (Apiquian et al., 2005).

Un trabajo de intervención frente a la esquizofrenia implica desarrollar una estrategia que incluya: aspectos neuroquímicos, sociales, cognitivo-conductuales, familiares y económicos (Rentería y Bautista, 2010).

La esquizofrenia es una enfermedad cara, incluso en países desarrollados, ya que los medicamentos antipsicóticos son costosos así como la prescripción de este medicamento es mayor.

En la actualidad el seguro popular sí contempla a la esquizofrenia dentro del catálogo de enfermedades que se pueden cubrir. Así pues, como se menciona en el capítulo II que corresponde a “Consulta de medicina general/familiar y de especialidades” el diagnóstico y tratamiento de la psicosis ya incluye a la esquizofrenia. Allí se propone una intervención de cuatro consultas con el especialista, en un intervalo de dos meses y tratamiento farmacológico anual (Lara-Muñoz et al, 2010). Cabe mencionar que es necesario un seguimiento a

largo plazo y una intervención psico-social para poder tener una rehabilitación completa, más que sólo los medicamentos.

Mejorar en el sistema la atención de la esquizofrenia, representaría un costo adicional a la situación actual, pues representaría ampliar la cobertura. La opción menos costosa y más efectiva sería de atención con antipsicóticos típicos con intervención psicosocial, con lo que se obtendría un impacto importante en cuanto a la discapacidad o niveles de funcionamiento de la persona.

Cuando se habla de una enfermedad mental en México, los hospitales psiquiátricos son la primera opción. Es necesario plantear la necesidad de implementar servicios de salud mental en la comunidad.

Las personas con esquizofrenia muestran evidencias de alteraciones en el funcionamiento cognitivo después del primer episodio, pero no existe medicamento que pueda revertir o ayudar en estas alteraciones. Ningún antipsicótico revela mejorías en la actividad cognitiva de los enfermos (Cavieres y Valdebenito, 2005).

Chinchilla, (2000) menciona que el ingreso hospitalario depende de querer salvaguardar la vida del paciente, salvaguardar a la comunidad de la conducta del paciente de un ambiente nocivo. Para poder realizar un diagnóstico correcto se necesita una observación exhaustiva hacia el paciente. Por el contrario, para tener un tratamiento exitoso se necesita motivar al paciente y a la familia para aceptar y realizar los cambios necesarios en la vida diaria. Y cuando se quiere realizar un tratamiento farmacológico, se debe ofrecer un tratamiento complejo que no puede realizarse de modo independiente, debido a que se debe mantener un control en los efectos secundarios a dosis altas en los neurolepticos, y se debe llevar un control sobre el cumplimiento del tratamiento para poder asignar dosis exactas en cada paciente. Así mismo, el ingresar en un ambiente hospitalario puede brindar a los pacientes la facilidad de llevar psicoterapia familiar y en los familiares de los pacientes internados puede facilitar el llevar una terapia familiar y con esto poder relajar las tensiones familiares que también afecta la mejoría del paciente.

Así mismo el criterio para dar de alta a un paciente con esquizofrenia es que muestre una gran mejoría clínica y posibilidad de tratamiento externo; que el paciente no muestre un riesgo autoagresivo o heteroagresivo; pueda asumir responsabilidades; disponer de un buen soporte social y médico fuera de la clínica; que el paciente haya tenido el máximo beneficio en el hospital psiquiátrico y que tenga la necesidad de otros tratamientos externos.

Los tratamientos farmacológicos son utilizados para controlar las fases agudas de la enfermedad, y para mejorar los síntomas entre los episodios. Los principales medicamentos son los antipsicóticos (entre los que se incluyen los nombrados no convencionales como la clozapina, risperidona y también los nuevos medicamentos). También se utilizan los estabilizadores del estado de ánimo los cuales resultan útiles para algunos pacientes.

Los antipsicóticos convencionales son eficientes en reducir la mayoría de los síntomas de la esquizofrenia. Klein y Davis (1969 en Fernández, Arrollo, Herz 2001) probaron que los pacientes que estaban bajo un tratamiento antipsicótico presentaron una reducción de los síntomas positivos como alucinaciones, falta de colaboración, hostilidad e ideas paranoides. También mostraron una mejoría en el trastorno del pensamiento, embotamiento afectivo, el retraimiento personal, retardo y la conducta autista.

El tratamiento antipsicótico puede reducir los síntomas positivos (alucinaciones, delirios etc.) y los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, abulia) Fernández, (et al., 2001) menciona que el 60% de los pacientes tratados durante 6 semanas presentaron una mejoría hasta el punto de presentar sólo síntomas leves o una rehabilitación completa, en comparación con el 20% de los pacientes tratados con placebo. Kane (1990, en Fernández et al., 2001) revisó diversos estudios en los que la medicación antipsicótica era suspendida en pacientes estabilizados y pudo observar que un 75% de los pacientes enfermos recaían en un plazo de 6 a 24 meses.

3.1 Efectos secundarios

Los efectos secundarios pueden interferir en el tratamiento médico. Puesto que pueden ocultar los efectos terapéuticos para los pacientes y médicos evitando brindar una dosis específica (Van Putten y Marder, 1987 en Fernández et al., 2001)

Efectos secundarios frecuentes

Sedación

La mayoría de los pacientes se sienten sedados, siendo un problema que se produce con todos los medicamentos antipsicóticos.

La sedación es más evidente en las fases iniciales del tratamiento, posteriormente la mayoría de los enfermos desarrolla cierta tolerancia a los efectos de la administración continua (Fernández et al., 2001).

Efecto anticolinérgico y antiadenérgico

Puede producir diversos efectos como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia y retención urinaria que se llega a producir en el 10-50% de los pacientes tratados (Cole, DAVIS, 1969; American Psychiatric Association, 1992, en Fernández et al., 2001).

Efectos neurológicos

Efectos secundarios extrapiramidales

Los efectos secundarios extrapiramidales se pueden clasificar en dos áreas, agudos y crónicos. Los efectos secundarios extrapiramidales agudos, son síntomas que se producen en los primeros días o semanas de la administración del medicamento, dependen directamente de la dosis administrada y son reversibles al reducir la dosis del medicamento. Los efectos secundarios extrapiramidales crónicos son síntomas que se producen a meses o años de la administración del medicamento antipsicótico, los cuales no dependen de la dosis

y pueden persistir aun suspendiendo la administración del fármaco (Fernández et al., 2001).

Aproximadamente el 60% de los pacientes que reciben un tratamiento con medicación antipiscótica presentan efectos extrapiramidales clínicamente significativos (Ayd, 1961; Casey, 1991; Chakos, Mayerhoff, Loebel, Alvir, Lieberman, 1992 en Fernández et al., 2001).

El Parkinsonismo inducido por la medicación, se caracteriza por los síntomas de la enfermedad de Parkinson y se halla en el 20% de los pacientes que toman antipsicóticos. Los síntomas pueden surgir de días a semanas de la administración de medicación antipsicótica y estos síntomas presentan una dependencia de la dosis. Los síntomas desaparecen al suspender la administración de los antipsicóticos aunque se han presentado casos cuyos síntomas son persistentes aun después de la suspensión de la administración del fármaco (Fernández et al., 2001).

Crisis convulsivas

La frecuencia de estas crisis está en relación con las dosis, la incidencia de las crisis convulsivas son inferiores al 1% para todos los medicamentos en dosis habitualmente utilizadas (Devinsky, Pacia, 1994 en Fernández et al., 2001). Los pacientes con antecedentes de crisis convulsivas pueden presentar mayor riesgo.

Aumento de peso

Se produce aumento de pesos hasta en un 40% de los pacientes tratados con un medicamento antipsicótico (Kane, Lieberman, 1992 en Fernández et al., 2001).

Función sexual

La disfunción eréctil se da en un 23 a 54% de los pacientes (Van Kammen, Marder, 1995 en Fernández et al., 2001). Pueden consistir en alteraciones de la eyaculación en el hombre y en pérdida del líbido o anorgasmia en ambos sexos, una reducción en la dosis o la suspensión de la misma produce una mejoría.

Los medicamentos causan diversos efectos secundarios dependiendo de la dosis administrada y de cómo responda el paciente a determinado medicamento. No existe una dosis específica para los pacientes con esquizofrenia, lo que dificulta el poder encontrar el tratamiento médico más funcional en el paciente con esquizofrenia. Además los efectos secundarios de los medicamentos dificultan que los pacientes puedan y quieran continuar con el tratamiento dificultando que caigan en recaídas, es decir, la estabilización. Es por esto que un autocuidado correcto, un desenvolvimiento social adecuado y el apoyo familiar tienen tanta importancia en la recuperación. El apoyo farmacológico y psicológico van de la mano en la correcta recuperación de los pacientes con esquizofrenia.

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En la esquizofrenia se ha demostrado que un tratamiento integrado con elementos psicológicos, además de farmacológicos, da mejores resultados que sólo el tratamiento médico. Diversos estudios plantean el beneficio de intervenciones psicológicas con pacientes y con la familia, en la prevención de la aparición de nuevas crisis, así como en la mejoría del apego al tratamiento. Los mejores resultados muestran ser aquellos programas que se consideran multidimensionales, estos son programas que integran el trabajo del paciente y en la relación familiar.

A principios de los años 80 se dio una reforma psiquiátrica con la intención de enfatizar que los pacientes permanezcan en su ambiente social y familiar. Del mismo modo se diseñaron intervenciones que pudieran complementar el tratamiento farmacológico y surgieron términos como rehabilitación psiquiátrica o rehabilitación psicosocial. Este tipo de intervenciones fueron especialmente diseñadas para recuperar a la persona en sus funciones, tanto a nivel de síntomas (deterioro del paciente, trastorno del lenguaje, atención, etc.) como una integración a nivel social y comunitario (trabajo, escuela, tiempo libre, etc.) (Morian, Alarcón y Herruzo, 2006).

Por lo general, las intervenciones psicológicas pueden dividirse en cuatro grandes grupos (Vallina y Remos en Moriana et al., 2006): las intervenciones familiares basadas en la psicoeducación, los entrenamientos basados en las habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales para disminuir síntomas positivos y negativos, y los paquetes integrales.

Entre los paquetes multimodales destaca el propuesto por Roder, Brenner, Hodel y Kienzler (1995), llamado Terapia Psicológica Integrada (IPT) y se trata de un programa grupal con orientación conductual, que está dirigido a la mejora de habilidades sociales y cognitivas del paciente. Este programa grupal se aplicó en

grupos de cinco a siete pacientes, las sesiones tenían una duración de 30 a 60 minutos y se impartieron por un periodo mínimo de 3 meses y 3 veces a la semana.

Uno de los tratamientos que ha dado mejores resultados es la intervención Multimodal. Rentería y Bautista (2010) realizaron una intervención individual en un paciente con esquizofrenia, que constó de 3 fases, éstas estaban organizadas jerárquicamente en cuanto a grado de complejidad e iban de la primera fase, lo más simple y estructurado, a la última, más compleja y flexible. La primera fase constaba de 15 sesiones en las que se trataba la ambientación del paciente a las terapias, temas de psicoeducación de la enfermedad, del autocuidado y el modelo estrés vulnerabilidad y terapia asistida, con textos bibliográficos sobre temas de interés para el paciente (independencia, familia, sexualidad, actos prohibidos, locura, etc.). La segunda fase constó de 20 sesiones en donde se le dio al paciente un entrenamiento en solución de problemas, empezando por los problemas más básicos para, posteriormente, integrar problemas más complejos, además de un entrenamiento en habilidades sociales. La última fase constó de 10 sesiones y se dedicó a la auto regulación, además de a perfeccionar las conductas aprendidas en las fases anteriores. Los resultados fueron favorables, pues en las tres fases la conducta psicótica plasmada en contenidos discursivos disminuyó, las habilidades sociales fueron mejoradas así como la auto-regulación.

Otro programa que ha sido exitoso es el Programa de Intervención Rehabilitatoria (PRIE). Díaz, Ortega, Leños, Rodríguez, Rascón, Valencia, Guitoérrez, Mares y Sánchez (2005) aplicaron el programa PRIE a todos los pacientes con esquizofrenia en la consulta interna hospitalaria, el estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El programa consistía en dar a los pacientes: tratamiento farmacológico, psicoterapia grupal, terapia de inducción laboral-vocacional, musicoterapia, psicoterapia social, terapia ocupacional, taller de pintura y dibujo artístico, taller de literatura, taller de papel maché y taller de Hata-Yoga, curso psicoeducativo para familiares, dinámica grupal con familiares y responsables y psicoterapia unifamiliar. La eficacia del

tratamiento fue medida por las variables: severidad de la sintomatología psiquiátrica, apego terapéutico, desempeño cotidiano, funcionamiento psicosocial, actividades ocupacionales dentro del hogar, emoción expresada, pautas de comunicación y relación en la familia. Los resultados finales fueron del 71% de rehabilitación para los pacientes que tomaron esta intervención, lo que demuestra una eficiencia alta. De los resultados encontrados se demostró que la Emoción Expresada en familiares disminuyó de un 79.2% al inicio de la intervención a un 33.3% al finalizar dicha intervención. Al ingresar las familias mostraron un alto porcentaje (75.04%) de problemas de comunicación, posteriormente se pudo observar una mejorando en las pautas de comunicación y relaciones interfamiliares al finalizar el tratamiento. Con el programa de intervención se demostró una disminución en la sintomatología de la enfermedad y una mejora en los pacientes en áreas de autocuidado, socialización y dinámica familiar.

Como se ha mencionado, para poder dar un mejor tratamiento a los pacientes con esquizofrenia es necesario trabajar con los familiares. La mayoría de los familiares desconocen las características de la enfermedad por lo que se debe considerar, en todo tratamiento, la psicoeducación. Glick (en Fresán, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, García-Anaya y Gutiérrez, 2001) define la psicoeducación como “la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento, con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad”. La dificultad de que los familiares desconozcan la enfermedad conlleva que se sientan con pocas capacidades para enfrentar una crisis y a que no establezcan expectativas claras y objetivas sobre los pacientes, por lo que se ve afectado el resultado en los pacientes al no cumplir las expectativas de los padres. Según Golstein (1995, 1996 en Rentería y Bautista, 2010) la psicoeducación en la terapia está dirigida a informar las características de la enfermedad, causas tentativas, modelos terapéuticos, así como la idea de un plan para poder responder al primer aviso de una recaída.

En el 2002, Cassidy, Hill y Callaghan, realizaron una investigación en la que proporcionaban un programa de psicoeducación a 101 familiares de 55 pacientes,

durante 14 horas, en los que encontraron que el programa psicoeducativo aumentó el conocimiento de los cuidadores sobre la esquizofrenia. Este estudio proporcionó información sobre el afrontamiento de la enfermedad de un familiar y, se asoció con la reducción de la probabilidad de readmisión en un hospital psiquiátrico para el paciente, en los siguientes 2 años a la intervención. Cabe mencionar que no todos los familiares tuvieron ganancias de este programa, estas fallas se atribuyen a que los familiares ya estaban mal informados sobre la enfermedad, lo cual interfirió con la nueva información. El beneficio del programa fue que los familiares reconocían con mayor facilidad la recaída, poseían mayor acercamiento a los profesionales de la salud y había un mayor involucramiento de los familiares en el tratamiento. Así mismo, el modo en que los familiares perciben al enfermo cambió con las sesiones de la intervención. En los resultados también se afirmó que el modo en el que la familia percibe al enfermo mental afecta su capacidad para mejorar su funcionamiento, fuera del hospital. Es posible que estos programas de psicoeducación produzcan un cambio en la percepción familiar, generando un ambiente familiar adecuado para que el paciente mejore sus condiciones sociales y su percepción consigo mismo.

Lieberman, Vaccaro & Corrigan (1995, en Rentería y Bautista, 2010) mencionan que para que la intervención psicosocial sea efectiva debe tener: elementos prácticos para solucionar problemas cotidianos así como metas específicas realizables, crear una relación positiva entre el paciente, el clínico y la familia, que la terapia sea centrada en los estresores ambientales que generan una recaída y/o mala adaptación relacionados con los déficits personales en cada caso particular; así mismo que posea una relación multimodal.

La auto regulación (Rentería y Bautista, 2010) no sólo implica realizar determinada actividad, sino conocer la lógica de dichos comportamientos, el por qué y para qué de esta acción, las probables consecuencias. Así como la relación del comportamiento propio con el de los demás y beneficios personales.

Los programas de intervención para los familiares brindan un beneficio en la percepción que tiene la familia de las habilidades necesarias para enfrentar la

enfermedad (Dixon et al, 2000; Pitschel-Waltz et al, 2001 en Espina y González 2003). Las intervenciones familiares están dirigidas a reducir el problema socio-familiar, mejorar las emociones expresadas y brindar de estrategias a la familia para poder tener una mejor convivencia con el paciente (Moriana et al., 2006). Se puede resumir que los elementos dentro de las terapias de familiares que dan mejores resultados son la psicieducación, la importancia de las emociones expresadas y el uso de la medicación, la resolución de problemas y la rehabilitación psicosocial (Falloon, et al 1985; Lam, 1991 en Espina y González, 2003).

Espina y González (2003) realizaron una rehabilitación para familiares de personas con esquizofrenia, que constó de 3 posibles tratamientos, con el objetivo de determinar cuál era el más eficiente. El primero de ellos fue brindar una terapia familiar, en el segundo ofrecieron un grupo de apoyo para padres y un grupo para pacientes esquizofrénicos y la última intervención constaba de una terapia psicopedagógica. Los resultados arrojaron que los pacientes que se encontraban en las terapias familiares, los que tuvieron un grupo de apoyo de padres y grupo de apoyo de pacientes tuvieron una mejora significativa en la sintomatología y en el ajuste social. Del mismo modo, la recaída de los pacientes que tuvieron grupo de apoyo tanto para los familiares como para los pacientes tuvieron una respuesta favorable en la mejora social y denota una reducción en el consumo de neurolépticos, aunque recomiendan extender el tiempo de la intervención y el acompañamiento por otras intervenciones psicosociales, e incluir una mejor adherencia al tratamiento y menor consumo de alcohol y drogas.

Bebbington y Kuipers (Espina, Pumar, González, Santos, García y Ayerbe, 2000) mencionan que la emoción expresada (EE) en la familia es un indicador para la recaída de los pacientes esquizofrénicos, muestran que el 50% de los pacientes con EE alta tuvieron una recaída comparada con el 21% de los pacientes con familiares con baja EE. Dentro de las actitudes correspondientes a la emoción expresada se encuentran los comentarios críticos, la sobreimplicación emocional y la presencia de hostilidad.

Los padres de familiares con algún paciente con esquizofrenia tienen a padecer de depresiones, ansiedad y algunas emociones negativas hacia el paciente (Espina et al., 2000). Las intervenciones familiares para reducir la EE han conseguido que el paciente tenga menos recaídas (Goldstein; Leff; Fallon y Liberman; Anderson; Cozolino et al; Tarrier et al; Barrowclough y Tarrier; Mozny; Hogarty; Goldstein; Leff; Tarrier, en Espina et al., 2000), demostrando su efectividad. Las intervenciones fueron dirigidas a modificar las actitudes de los familiares relacionadas con la EE alta: criticismo es decir, comentarios críticos, sobreimplicaciones emocionales así como presencia hostil. Por el contrario, una Emoción Expresada baja, que refleja familias con alta tolerancia a los síntomas de la enfermedad pues consideran estos síntomas como eso, síntomas de una persona que sufre dicha enfermedad responsable de las dificultades (Vaughn, 1986 en Arrebalos, 1990).

Se ha planteado que los familiares con un paciente esquizofrénico tienen mayor pobreza de redes sociales y se ha resaltado que la carga familiar de tener un paciente enfermo representa un aumento de ansiedad, depresión y dificultades de pareja que llevan a un aumento de divorcios. (Hammer; Platt; Golmann; Fadden et al y Carpenter en Espina et al., 2000)

Barrowclough, Jonsthorpe y Tarrier (Espina, 2000) encontraron que las creencias familiares estaban relacionadas con las emociones expresadas, siendo que los familiares que creían que los síntomas del paciente eran de causa interna y podían ser controlados por él, manifestaron conductas altas en EE.

La terapia familiar, iniciada durante los años 50 y 60, fue una de las primeras técnicas psicológicas para tratar a los brotes de esquizofrenia, pues se observó que los pacientes tenían malas interacciones familiares y se asociaba la relación familiar directamente a la enfermedad (Bateson et al., 1958; Lidz, 1958; Wynne et al., 1958 en Arrebalos, 1990) y en la actualidad se puede constatar que la terapia familiar ha tenido una evolución notable y favorable. Este tipo de terapia tiene especial importancia, porque por lo general se responsabiliza a los familiares de los males que aquejan al paciente, de modo contrario, los familiares rechazan

cualquier tipo de ayuda profesional pues se sienten culpabilizados y rechazados (Arrebalos, 1990).

La terapia familiar orientada a la familia es una buena opción para tratar a los familiares de las personas esquizofrénicas. Goldstein y colaboradores desarrollaron un programa de intervención para pacientes que han tenido de una a dos hospitalizaciones (Goldstein y Kopeikin, 1981; Goldstein et al., 1976; Kopeikin, Marshall y Goldstein, 1983, en Arrebalos, 1990). Este modelo está enfocado en la intervención en crisis, utilizando el episodio psicótico para afrontar diferentes problemas estresantes en el futuro y para poder resolver las crisis actuales. Esta intervención se divide en cuatro objetivos básicos secuenciales:

- a) Actuar sobre el factor estresante que pudo originar la crisis.
- b) Desarrollar alguna estrategia de evitación y afrontamiento del estrés.
- c) Actuar sobre las estrategias elegidas para la solución del problema.
- d) Prever futuros sucesos estresantes que puedan generar una recaída.

Se realizó un experimento con el fin de comprobar dicha teoría con 104 pacientes asignados aleatoriamente a cada grupo. A las 6 semanas sólo se registró un 10% de recaídas en todos los grupos. También se encontró que los pacientes que fueron parte de la intervención familiar tuvieron una recaída del 21% en contraste con el 48% que no recibieron ninguna terapia.

El grupo de investigadores del Medical Research Center de la Social Psychiatry Unit de Londres, realizó un ensayo en el que manipulaban la EE (Leff et al., 1982; 1983; 1985, en Arrebalos, 1990). El programa fue implementado de modo experimental con 24 sujetos que mostraban riesgos de recaída debido a la convivencia con familiares de alta EE, alto nivel de contacto personal y que tomaran regularmente la medicación para mantenerse estables. Los sujetos fueron colocados aleatoriamente en el grupo experimental, que tenía un programa de intervención, y al grupo control, que sólo llevaba un seguimiento posthospitalario regular. Los investigadores desarrollaron un paquete de intervención social para

los familiares con el objetivo de poder reducir las recaídas disminuyendo la EE en la familia que constaba de tres áreas:

a) Sesiones psicoeducativas

La mayoría de los problemas en la familia son ocasionados por los síntomas negativos debido a que a los familiares les cuesta reconocerlos como síntomas de la enfermedad, para ellos es una conducta que puede ser controlada por el paciente.

b) Grupo de familiares

Formado para que los padres con baja EE puedan brindar estrategias y habilidades de afrontamiento a los padres con alta EE. Así mismo, se discutían alternativas para evitar las crisis o la sobreprotección del paciente.

c) Sesiones de terapia familiar individualizadas

Las sesiones se realizaron en la casa del paciente con la familia completa, fueron brindadas por un psiquiatra y psicólogo, con una duración aproximada de una hora y se daban aproximadamente 25 sesiones. Se utilizaron técnicas desde interpretaciones dinámicas a intervenciones conductuales.

Los familiares de los pacientes que pertenecían al grupo control se mostraron con una actitud más optimistas en relación al futuro y con una mejor percepción hacia el paciente. De los 12 pacientes del grupo experimental, sólo 1 tuvo una recaída en los 9 meses siguientes, en comparación con 6 pacientes de los 12 del grupo control. A los 2 años la tasa de recaídas en el grupo experimental era menor (20%) a la del grupo control (78%).

Las intervenciones grupales también han demostrado su efectividad en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia, incrementan las habilidades sociales, mejoraron algunos síntomas como el aislamiento así como disminuyen la hospitalización (Palma, 2007), de manera que resulta adecuado en relación con el coste-efectividad en pacientes ambulatorios y brinda el apoyo de los compañeros, y el desarrollo de competencias interpersonales (Wilson, 1992, en Palma, 2007).

Los tratamientos cognitivo-conductuales están centrados en disminuir las alucinaciones y delirios, así como disminuir los principales síntomas de la esquizofrenia (Moriani et al., 2006). El uso de la técnica cognitivo conductual en la esquizofrenia ofrece reetiquetar los síntomas y cambiar la creencia del paciente hacia el origen de las alucinaciones, y aporta a éstas un origen más psicológico (Yusupoff, Haddock, Sellwood, & Tarrier, 1996 en Vallina y Lemos, 2001). La psicoterapia cognitiva, enseña a los pacientes a manejar los síntomas de la psicosis, con el objetivo de facilitar el aprendizaje de habilidades para modificar las creencias del origen de los síntomas y poder dar una explicación psicológica (Yusupoff, Haddock, Sellwood y Tarrier, 1996, en Palma, 2007). Para lograrlo se utilizan técnicas basadas en el condicionamiento operante en relación con la detección del pensamiento, así se realiza un proceso distractivo o de supresión verbal como escuchar música, contar, etc. (Palma, 2007).

Entre las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizan en la intervención de la esquizofrenia se encuentran:

- Técnicas distractivas

Poco recomendada por la poca duración de su efecto (Bentall, Haddock y Sade, 1994, en Palma, 2007).

- Técnicas de focalización

Se trata de que el paciente pueda identificar las características (volumen, intensidad, tono, número) de las voces que escucha y pueda exponerlo en la terapia, posteriormente seguirá registrando las voces y discutiéndolo en terapia, esto con la finalidad de que el paciente pueda aceptar que las voces son autogeneradas (Morrison y Haddock, 1997, en Palma, 2007).

- Técnicas de reestructuración cognitiva

Esta es una buena estrategia para poder abordar la sintomatología psicótica (Chadwich et al. 1996; Fowler et al., 1998, en Palma 2007). Se trata de identificar los pensamientos y auto-monitorearlos para relacionarlos con los pensamientos, sentimientos y la conducta.

- Técnicas para la reducción de la ansiedad

Es una técnica para reducir la angustia causada por las experiencias psicóticas (Palma, 2007).

Varios programas de intervención familiar han destacado durante los últimos años pero Vallina y Lemos (2001) concluyen en los siguientes puntos:

- a) En combinación con una medicación correcta, es eficiente en la reducción de las emociones expresadas y en la carga familiar; es eficiente en la reducción de los síntomas, en prever recaídas y rehospitalizaciones en los pacientes.
- b) Las guías para el tratamiento de personas con esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1997; International Association of Psychosocial Rehabilitation Service (IAPRS), 1997; Lehman & Steinwachs, 1998; Mc Evoy et al., 1999; World Health Organization, 1997, en Vallina y Lemos 2001), mencionan que debe haber un compromiso por parte de la familia en el tratamiento, manejar una atmosfera sin culpa en el tratamiento así

como una educación sobre la esquizofrenia, deben tener un entrenamiento en comunicación, entrenamiento en solución de problemas y en intervención en crisis.

- c) Se resume que la duración más adecuada del tratamiento de intervención con la familia es de 2 a 3 años, es la duración óptima para poder ver resultados que se mantengan, con apoyo permanente para que la familia pueda tener accesibilidad al asesoramiento (Hogarty et al. 1997; Rund et al., 1994; Farlane, Link; Dushay, Marchal, & Crillyu, 1995; Rund et al., 1994; Xiong et al., 1994 en Vallina y Lemos 2001).
- d) La eficiencia entre el modelo unifamiliar a domicilio o el grupo multifamiliar es la misma (Leff et al., Mc Farlane et al., 1995, en Vallina y Lemos, 2001); aunque se encuentran mayores beneficios en la intervención multifamiliar al haber una socialización, también se encuentra una extensión de las redes de apoyo entre las familias, y se reducen los costos del tratamiento y mayor facilidad para brindar la asistencia en entornos clínicos.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son conductas que facilitan el funcionamiento interpersonal, que tienen como fundamento las capacidades de comunicación verbal y no verbal, entre los que se encuentra la identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción de relaciones interpersonales; y se pueden lograr objetivos a través de la interacción social (Lieberman & Corrigan, 1993; Mueser & Sayers, 1992 en Vallina y Lemos, 2001). Las habilidades sociales suponen un conjunto de diversas habilidades en ambientes sociales cambiantes (Orviz & Fernández, 1997 en Vallina y Lemos, 2001).

Las habilidades sociales se plantean en diversas características que ya han resumido Mueser y Sayer (1992, en Vallina y Lemos, 2001):

- a) Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas.
- b) Las habilidades deben ser específicas a cada situación, esto dependerá de las situaciones y características de las personas involucradas por lo que las evaluaciones deben ser con base en cada situación.
- c) Las habilidades hacen más fácil la competencia social.
- d) Las habilidades sociales inciden sobre la esquizofrenia. pues mejoran la calidad de vida y la reducción de los síntomas, son consideradas un instrumento para la protección personal.

Como tal, las habilidades sociales se dividen en dos áreas de destreza que son la cognitiva y la conductual. La cognitiva trata de la percepción social y el procesamiento de información que organizan y guían dichas habilidades, y la conductual es la parte que regula las acciones verbales y no verbales y pone en práctica las decisiones tomadas por los procesos cognitivos (Vallina y Lemos, 2001).

En conclusión, según Heinssen, Liberman y Kopelowicz (2000, en Vallina y Lemos, 2001):

- a) Los pacientes que reciben un entrenamiento en habilidades sociales manifiestan una gran capacidad para adquirir habilidades sociales, así como mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento independiente (Heinssen et al., 2000; Smith et al., 1996^a, en Vallina y Lemos, 2001). Se ha encontrado que el efecto sobre los síntomas positivos en la fase activa de la terapia es escaso en comparación con otros métodos (Daboson, Mc Dougall, Busheikin, & Aldous, 1995; Hayes, Halfors, & Varghese, 1995; Hogarty et al., 1991; Marder et al., 1996).
- b) Algunos trabajos experimentales tienen como resultado que el entrenamiento en habilidades sociales, se adapta a distintas necesidades de los pacientes, en diferentes escenarios clínicos. La mayoría de los pacientes pueden aprender habilidades sociales, si los contenidos y

duraciones pueden adaptarse a la tolerancia al estrés, por lo que es recomendable que la terapia se adapte a las características cognitivas y motivacionales de los pacientes (Vallina y Lemos, 2001).

Liberman (1994, en Vallina y Lemos, 2001) concluye diciendo que:

- 1) Los pacientes con esquizofrenia pueden aprender nuevas habilidades con las condiciones específicas adecuadas.
- 2) Las habilidades simples pueden ser generalizadas a ambientes exteriores, pero la generalización es menor si las relaciones sociales son complejas.
- 3) Se suelen generalizar mejor las habilidades sociales cuando los pacientes son apoyados por familiares, compañeros y cuidadores y cuando las habilidades son aprendidas en ambientes naturales.
- 4) Los pacientes mencionan una disminución en la ansiedad social después de haber llevado el entrenamiento en habilidades sociales.
- 5) La duración de dichas habilidades sociales dependerá mucho de la duración del entrenamiento. Cuando el tratamiento es inferior a dos o tres meses, aunque sea de dos veces a la semana, es poco probable que los pacientes puedan retener dicha información.
- 6) Cuando el entrenamiento en habilidades sociales dura de 3 meses a un año reduce las recaídas y mejora el funcionamiento social de los pacientes.

Garety, Fowler y Kuipers (2000, en Vallina y Lemos, 2001) mencionan que es necesario que los terapeutas hagan un modelo personal para identificar las situaciones que generan el estrés que desata los episodios agudos. Con esto se podrá construir un nuevo modelo de explicación personal que ayudará a manejar las recaídas. También mencionan que los síntomas pueden manejarse desde un enfoque psicológico socrático, que estimule el afrontamiento con las creencias de los síntomas delirantes y alucinantes y procesos cognitivos más racionales.

Algunos programas plantean una mejoría en la evitación de recaídas de los pacientes con esquizofrenia pero no existe estudio alguno en México con un programa que pueda integrarlos a todos. Por esto existe la necesidad de generar un programa para que los pacientes con esta enfermedad puedan tener acceso a él y mejorar su calidad de vida.

5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad con alteraciones biológicas que tiene repercusiones a nivel individual y social, es por esto que el programa de intervención debe ser integrado por diversos subprogramas. El siguiente programa tiene contemplados varios tipos de intervenciones, marcándolos como subprogramas e integrándolos con el objetivo de evitar la recaída de los pacientes y mejorar la calidad de vida. Así mismo, la duración de las sesiones será planteada de modo flexible, dependiendo de la sensibilidad de los pacientes al estrés.

5.1 Paquete Integral Multicomponente

Este paquete está ordenado de modo que las habilidades cognitivas básicas sean aprendidas y posteriormente, se conviertan en respuestas verbales y sociales, para que en la tercera fase los pacientes puedan generar sus propias respuestas y resolver sus problemas individualmente. Por lo que se empleará el Paquete Integral Multicomponente descrito por Rentería y Bautista (2010). Dicho paquete tiene tres fases y se divide del siguiente modo.

Fase 1.

La fase de psicoeducación es dirigida a informar de la enfermedad y todo lo que conlleva tanto a pacientes como a familiares.

- 1) Psicoeducación de la enfermedad. Se enfoca en la etiología de la enfermedad y la sintomatología.
- 2) Psicoeducación de la medicación. Conocer los efectos primarios y secundarios de la medicación así como las consecuencias de no tomarlos.

- 3) Psicoeducación de la vulnerabilidad ante el estrés. Conocer las consecuencias que el estrés tiene en la enfermedad y aprender algunas técnicas de relajación.
- 4) Psicoeducación en habilidades sociales. Aprender la importancia de las relaciones sociales y la facilidad que dan las habilidades sociales.
- 5) Psicoeducación en autocuidado. Aprender las conductas básicas de autocuidado, considerando primero las conductas básicas para después aprender las más complejas.
- 6) Terapia asistida con textos. Los temas se eligen dependiendo del interés que muestren los pacientes en diversas áreas.

Fase 2

La intervención psicosocial con pacientes esquizofrénicos, debe ser específica, pues el terapeuta debe tomar en cuenta: que incluya elementos prácticos de los problemas cotidianos y forma específica de solucionarlos; que exista una relación positiva entre el paciente, el terapeuta y sus familiares; que se centre en los estresores que pueden generar las recaídas y en los déficits de una mala adaptación comunitaria (Lieberman, Vaccaro & Corrigan, 1995, en Rentería y Bautista, 2010).

- 1) Solución de problemas. Se utilizan técnicas como el moldeamiento, juego de roles, reforzamiento e instrucciones; se deben seguir una serie de pasos empezando por definir el problema, planteamiento de diversas soluciones y ventajas y consecuencias para cada una de dichas soluciones, decidir cuál o cuáles son las más adecuadas, así como formular un plan para llevarlas a cabo y posteriormente, repasar los progresos dentro de la solución de problemas (D´Zurilla y Goldfried, 1971 en Rentería y Bautista, 2010).
- 2) Habilidades sociales. Entrenamiento en habilidades no verbales, equilibrio interactivo, contenido verbal y habilidad de percepción de los otros y de sí mismo. El entrenamiento considerará habilidades que exijan un bajo nivel

de riesgo emocional por ejemplo, inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones; además de expresar agradecimiento; expresar alabanza, reconocimiento, hacer cumplidos y solicitar información; así mismo será llevado a altos riesgos emocionales como hacer un reclamo, realizar una crítica, enfrentar críticas, expresar una petición o deseo, percibir a los otros.

Fase 3

La auto-regulación implica entender la lógica de los comportamientos aprendidos, entender el para qué son realizados, los efectos y las consecuencias y la relación entre el comportamiento de los pacientes y el de los demás.

- 5) Entrenamiento en auto-regulación se incluyeron temas como aprender a registrar la conducta propia y la de otros, pertinencia de cierta respuesta ante distintas situaciones, detectar las señales de un nuevo episodio psicótico así como controlar estos síntomas, aprender a reforzar su propia conducta y a no involucrarse en problemas ajenos.

5.2 Manejo de los síntomas

La mejor estrategia para manejar los síntomas es la técnica cognitivo-conductual, en especial para el manejo de estrés y de ansiedad. Con la finalidad de que los pacientes puedan identificar y controlar las alucinaciones y delirios, se empleará el programa semanalmente.

Se enseñará a los pacientes diversas técnicas cognitivo-conductuales (Palma, 2007):

- Técnicas distractivas

Son técnicas destinadas a distraer el pensamiento y el centro de atención de las alucinaciones o ideas delirantes que por su origen son irracionales. Entre esta técnica se sugiere el uso de dispositivos de música que pueden cargar en todo

momento como celulares, así como de la lectura. Las técnicas de distracción son poco recomendadas por algunos autores debido a su efecto poco duradero (Bentall, Haddock y Slade, 1994, en Palma 2007).

- Técnicas de focalización

El objetivo principal de esta técnica, es que las personas aprendan a identificar las percepciones alteradas. Siendo identificadas como creaciones propias de la mente (Morrison y Haddock, 1997 en Palma 2007). El modo en que se debe llevar a cabo esta técnica según Morrison y Haddock (1997, en Palma 2007) es el siguiente:

a) Solicitar a los pacientes que se centren en la forma y características físicas de las voces, el número, la intensidad, el volumen etc. y lo expongan como foco de discusión con el terapeuta.

b) Una vez que los pacientes dominen la primera fase, se les pide que presten atención al contenido y realicen registros de estos delirios o alucinaciones para hacer una nueva discusión con el terapeuta.

c) Se les pedirá a los pacientes que pongan atención a sus creencias y pensamientos, respecto a los síntomas productivos y que registren los sucesos antecedentes, los pensamientos y sentimientos consecuentes.

La finalidad es que la técnica conduzca a la formulación de un significado que normalmente desemboca en la aceptación de que las voces son autogeneradas.

- Técnicas de reestructuración cognitiva

Son muchos los autores que describen procesos de reestructuración cognitiva, como técnica para abordar la sintomatología psicótica (Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1998, en Palma, 2007).

Se trata de la identificación de pensamientos, revisando las evidencias que los fundamentan y fomentando la auto-monitorización de los pensamientos, relacionando dichos pensamientos con los sentimientos y la conducta.

- Técnicas para la reducción de la ansiedad

Son técnicas cuya finalidad es reducir la angustia y ansiedad, provocada por las interferencias de las experiencias psicóticas. Para ello algunos autores definen las siguientes etapas (Garety, Fowler y Kuipers, 2000, en Palma 2007):

a) Enganche y evaluación: evaluar desde un contexto de aceptación incondicional y la evitación del desafío directo y la descalificación.

b) Desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales: se trata de enseñar al paciente a manejar técnicas cognitivas, conductuales, sensoriales y fisiológicas, adecuadas al contexto del paciente.

c) Desarrollar una mejor comprensión de la experiencia de la psicosis: desde un punto de vista psicoeducativo, se exploran las experiencias de disfunción de los pacientes y el conocimiento actual sobre la enfermedad, con el fin de formular una explicación que relacione sus factores de vulnerabilidad con acontecimientos estresantes que hayan podido precipitar el episodio. El objetivo es la construcción de un nuevo modelo de explicación personal, que facilite el uso de conductas y cogniciones más funcionales en el manejo de la enfermedad.

d) Trabajo sobre delirios y alucinaciones: la evidencia científica demuestra la efectividad de las estrategias cognitivas sobre el control y la remisión de la sintomatología positiva. Las técnicas socráticas, las técnicas de afrontamiento, la identificación de creencias o pensamientos sesgados y su posterior desafío verbal han demostrado ser intervenciones idóneas para acompañar al paciente en su proceso de dar sentido a la experiencia psicótica.

e) Trabajar con el afecto y con las auto-evaluaciones negativas: el plano afectivo de las personas que experimenta un episodio psicótico, es quizá una de las esferas más importantes de la intervención. La autoestima, la sensación de invalidez, de fracaso, de angustia y de debilidad, son sentimientos para trabajar con los pacientes. Será importante el trabajo desde la visión de él mismo, de su relación con los demás y con el mundo.

f) Manejar el riesgo de recaídas y la incapacidad social: como se ha podido observar, el riesgo de recaída es bastante elevado. Es por esto por lo que se hace imprescindible trabajar con la identificación de los signos y síntomas que preceden una recaída, a fin de aplicar una intervención inmediata y eficaz. De este modo se facilitaría a los pacientes un mejor desarrollo personal, modificando el curso de la enfermedad y reduciendo el empeoramiento clínico posterior a cada recaída.

5.3 Grupo de apoyo a padres

El grupo de apoyo para padres sirve para mejorar el ánimo en los cuidadores de las personas con esquizofrenia, los padres pueden compartir sus experiencias e inquietudes y podrá formarse una red social más amplia (Espina y González, 2010), con el objetivo de discutir maneras de afrontar las situaciones estresantes y alternativas para manejarlas. Así mismo, poder proporcionar apoyo emocional a los miembros, la oportunidad de expresar sentimientos perturbadores en un clima seguro, tranquilizar a los familiares y ayudarles a escuchar y proponer soluciones a otros familiares (Arrebalos, 1990).

En las siguientes se dará libertad para que los padres elijan temas particulares y se favorezca la libre expresión de emociones y problemas que se tienen con la convivencia, al estimular y dirigir el dialogo entre los familiares, se les ayudará a comprender al paciente y a buscar soluciones para los problemas planteados.

5.4 Paquete de intervención Emoción Expresada (EE)

Diversos estudios señalan que más pacientes se ven beneficiados por un ambiente familiar bajo en emoción expresada (EE). Caracterizados por la alta tolerancia ante las conductas del paciente, al ser percibidos como personas que están sufriendo una enfermedad y que no están siendo responsables de sus dificultades (Vaugh, 1986 en Arrebalos, 1990). El beneficio de que los familiares tengan emociones expresadas bajas proporciona mayor estabilidad en las personas con esta enfermedad. Con este programa los familiares aprenderán a disminuir las Emociones Expresadas para que las relaciones familiares se den de modo positivo.

- Psicoeducación

Para hacer del conocimiento las causas, y síntomas de la enfermedad se dará psicoeducación a todos los familiares de los pacientes con esquizofrenia.

- Comunicación

Para disminuir la tensión en el clima familiar, además de mejorar la comunicación de modo que la solución de problemas sea más efectiva (Lieberman, King, De Risi y Mc Cann, 1975, Fallon, 1978, en Arrebalo, 1990). Las sesiones tendrán temas como:

- Expresión de sentimientos positivos
- Hacer peticiones de modo positivo
- Expresión de sentimientos negativos
- Escucha activa.

Incluyendo actividades como:

Ensayo conductual; feedback constructivo; práctica reiterada y tareas para la casa con el fin de practicar lo aprendido.

5.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son las destrezas que permiten expresar y comunicar a los demás nuestros pensamientos, sentimientos y expectativas, buscando hacer respetar nuestros derechos y respetando el derecho de los demás; estas habilidades nos facilitan satisfacer nuestras necesidades materiales y sociales; la mayoría de los problemas que enfrentan los pacientes con esquizofrenia pueden ser trabajados desde el entrenamiento en habilidades sociales: hacer amigos, iniciar conversaciones, pedir ayuda, resolver problemas familiares, etc. (Rojas, 1995). Los elementos tradicionales que comprenden las habilidades sociales son (Bellack, Mueser, Ginger, & Agresta, 1997; Mueser & Sayers, 1992 en Vallina y Lemos, 2001):

Conductas expresivas: contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación, y conductas no verbales: contacto visual, postura, expresiones faciales, movimientos corporales, distancia y posturas interpersonales); conductas receptivas (percepción social: atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones); conductas interactivas (respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales); factores situacionales (inteligencia social o conocimiento de los factores culturales) y demandas específicas del contexto.

También se darán un entrenamiento en resolución de problemas, el modelo que se sugiere es el de Goldfried y D´Zurilla (1969 en Arrebalo, 1990) que se soporta en las habilidades de comunicación antes aprendidas. La estructura es la siguiente:

- a) Identificación del problema
- b) Enumerar y apuntar todas las soluciones posibles
- c) Discutir las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones
- d) Elegir la(s) mejor(es) solución(es)
- e) Planificar cómo llevar a cabo la solución elegida
- f) Revisar el proceso y reforzar todos los esfuerzos realizados.

Este programa está diseñado para evitar las recaídas en episodios agudos de personas con esquizofrenia, esperando tener excelentes resultados en el momento de la aplicación. Cubre diversos ámbitos de los síntomas propios de la enfermedad que afectan a los pacientes, por lo que resultará útil cuando se aplique. El programa abarca diversos subprogramas de los que no se tiene registro que se hayan utilizado en México.

CONCLUSIÓN

Desde la antigüedad se ha trabajado con personas que sufren distintos padecimientos mentales y se creyó, durante mucho tiempo, que los síntomas eran originados por causas ajenas al organismo, mayormente por deidades divinas. Los tratamientos fueron consecuentes a dichos problemas e incluían amuletos, exorcismo o la reclusión permanente en instituciones cuidadas por religiosos.

Si bien se ha generado nueva información sobre los orígenes de este padecimiento, muchas personas continúan creyendo que es un castigo divino que azota a estas personas, creando estereotipos y paredes que pueden resultar negativas para la rehabilitación integral. En México los familiares siguen manteniendo un estereotipo hacia la enfermedad, manifestando que todos los síntomas pueden ser manejados por la persona que los padece, lo que genera enojo hacia las personas con esquizofrenia. Es por esto que es muy importante que los familiares también reciban información de esta enfermedad.

Con los avances de la ciencia, se ha generado información útil sobre las causas de la esquizofrenia. Ahora se sabe que es una enfermedad mental que afecta al individuo, no solo biológica, sino cognitiva y socialmente. Los medicamentos pueden minimizar los síntomas biológicos, en especial los síntomas positivos los cuales llevan al individuo a padecer alucinaciones y delirios. Es de igual importancia mantener un tratamiento médico adecuado para cada persona, así como un tratamiento psicológico. El principal reto para la psicología es poder tratar, motivar y estimular a los pacientes que sufren de los efectos secundarios de los medicamentos, así como de los síntomas negativos de la enfermedad.

El principal conflicto radica en que en México, se le da poca importancia al tratamiento psicológico complementario, que es el auxiliar para este padecimiento.

En la actualidad, en el mundo, se han desarrollado programas que se complementan por varias estrategias, cognitivas y sociales, que ayudan a los pacientes con esta enfermedad a tener una mejor calidad de vida.

El programa de intervención está diseñado para responder a las demandas de la población, con padecimientos mentales que afecten el funcionamiento cognitivo, resolviendo así la pérdida progresiva de las capacidades de concentración o de memoria. Así mismo, se enfoca en áreas para el mejoramiento de habilidades sociales, otorgando mayor seguridad para que los pacientes generen mayores redes de apoyo y la posibilidad de poder tener un empleo con un perfil dependiendo de sus capacidades. El apoyo familiar brindaría una mayor estabilidad y un mejor manejo del estrés en el hogar, lo que es una de las principales causas que generan las recaídas.

Del mismo modo, las personas que tienen esquizofrenia se aíslan de la sociedad, un poco por los síntomas y por la etiqueta social que le es atribuida. Es por esto que los grupos de ayuda funcionarían para crear la aceptación entre ellos mismos, y así generar la motivación necesaria para poder lidiar con la enfermedad.

La facilidad para que el programa pueda ser administrado por asociaciones, reduce los costos. También manejaría mayor flexibilidad en la duración de las sesiones de cada una de las áreas abordadas, el tiempo estimado dependería de la facilidad que el grupo manifiesta en cuestión de aprendizaje, pudiendo mantener claros los objetivos a realizar. Mantendría la posibilidad de manejar mejor el estrés que se genere dentro del grupo, esto proporcionaría mayor relajación y confianza entre los pacientes atendidos y puede generar, a la larga, una red de apoyo.

Debido a que el programa de intervención está diseñado en estudios aplicados en diversos países, se esperarían resultados significativamente positivos en la evitación de recaídas y rehabilitación de dicho padecimiento en México.

En México hay pocos estudios que planteen programas complementados, que incluyan estrategias para el desarrollo psicosocial de los pacientes. El sector salud

se ha preocupado por proporcionar los medicamentos, pero no las alternativas psicológicas para generar una mejor calidad de vida y favorecer que la esquizofrenia deje de ser una enfermedad invalidante. El problema principal de la rehabilitación en enfermedades mentales en México, es la poca seriedad que se da al tema, como insuficiente la información psiquiátrica del padecimiento. Esto da como resultado un sector rezagado y estereotipado donde abundan los malos tratos. Es por esto que se sugiere más investigación e implementación de estos programas para poder ser aplicados en beneficio de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

Apiquian, R., Aviña, C., Colín, R., Díaz, A., Corona, F., González, S., Herrera, M., Kawas, O., Nicolini, H., Lóyzaga, C., Ontiveros, C., Ortega, A., Rascón, M., Rodríguez, M., Valencia, M., Verduzco, W. y Villaseñor, S., (2005) *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*.

Arrebalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 43 (44), 169-193.

Calderón Narváez, Guillermo. *Las enfermedades mentales en México: desde los mexicas hasta el final de milenio*. México: Trillas. 2002.

Cassidy, E., Hill, S. y Callaghan, E. (2002). Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares en la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. *Eur Psychiatry* 9, 117-122.

Cavieres, A. y Valdebenito, M. (2005) Funciones cognitivas y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat* , (45) 2, 97-108.

Chinchilla A. (2000), *Guía terapéutica de las esquizofrenias*, Barcelona, Masson.

D.R. Secretaría de Salud. Programa específico de esquizofrenia 2001-2006. México, 2002.

Díaz, L., Ortega, H., Leños, C., Rodríguez, S., Rascón, M., Valencia, M., Guitoérrez, M., Mares, M. y Sánchez, A. (2005). La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, grupo III. *Salud mental*, (28) 6, 9-19.

Espina, A. y González, P. (2003) Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Salud mental*, (26) 1, 51-58.

Espina, A., Pumar, B., González, P., Santos, A., García, E. y Ayerbe, A. (2000) Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diático en padres de esquizofrénicos, *Psiquis*, 21 (4), 181-191.

Fernández, E., Arrollo, B., Herz, M. *Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. Ed. Ars Medica, Barcelona, 2001.

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Lozaga, C., García-Anaya, M. y Gutiérrez, D. (2001) Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud mental*, (24) 4, 36-40.

Gisbert, C. (2003). Coordinadora. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. pp. 27-32.

González, J., (1993). Rodríguez, F. y Sierra, A. La investigación epistemológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. El método epidemiológico en salud mental. Masson-Salvat, Barcelona.

González, J. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis*, 19 (5), 1-16.

Lara- Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Saltijeral, M., Medina-Mora, M. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 33 (3), 211-218.

Martínez, P., Morillo, F., Fuentes, P. y Nogales, A. (2003) El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, 7 (13), 29-35.

Moriana, J., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y modificación de conducta*, 32 (146), 721-742.

Muela y Godoy (2001) Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicorethema*, 13 (1), 1-6.

National Institute of Mental Health (NIMH)

Orellana, G., Slachevsky, A. y Silva, J. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 44 (1), 39-47.

Palma, S. C. (2007) Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE. Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

Pardo, V (2005) Trastorno cognitivo en la esquizofrenia, estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Rev Psiquiatr Urug*, 69(1), 71-83.

Pérez, C. (2000) Colombier-Doublet: el nacimiento de la psiquiatría. Historia de la psiquiatría, 20 (70), pp. 71-88. Visto en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/neu073/073hist.pdf>

Pileño, E., Morillo, F., Salvadores, P. y Nogales, A. (2003) El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, 7 (13), 29-35.

Rentería, A. y Bautizta, A. (2010). El empleo de un paquete integral multicomponente como estrategia terapéutica ante un caso de esquizofrenia. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 13 (3), 46-66.

Ríos, A. (s/f). La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. Visto en: <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/boletin/pdf/bol84/bol8402.pdf>

Rojas, R (1995). Habilidades sociales: Psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de psicología de la PUCP*, 13 (1), 63-95.

Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la Profesionalización de la psiquiatría, 1910-1968. *Salud mental*, 33 (6), 473-480.

Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 29 (1), 143-148.

Solórzano, H., Padrós, F. y González, V. (2011). Rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia a través del IPT (Tratamiento Psicológico Integrado). *Uaricha Revista de Psicología*, 8 (16), 91-105.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (03), 345-364.

Vargas, M (2004) Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Rev Neurol*, 38 (5), 473-482.