



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES EMPLEADOS Y
DESMPLEADOS; ESTUDIO COMPARATIVO EN UN SERVICIO DE
HOSPITAL PARCIAL DE FIN DE SEMANA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PRESENTA

JUAN ANTONIO FLORES ORTIZ

DIRECTORA: MTRA. MARÍA DEL ROCIO PAEZ GÓMEZ

SINODALES: M.C. MA. ISABEL HAR RENNER

LIC. MARGARITA MOLINA AVILES

MTRA. MA. DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ

LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ



**Facultad
de Psicología**

MEXICO, D.F.

AGOSTO DE 2004.



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

"Hay hombres que luchan un día y son buenos,
hay otros que luchan un año y son mejores,
hay quienes luchan muchos años y son muy buenos,
pero hay quienes luchan toda la vida: esos son imprescindibles."

Bertolt Brecht

"El Saber no te hace inmune"

Al ser supremo, que nunca he comprendido.

A mi madre Eduviges, por tanto de lo indescriptible.

A mis segundos padres: Jovita, Margarita y Toño, por su apoyo y sus cuidados.

A mis hermanos: Malena, Ana, Pablo y David, porque siempre han estado a mi lado.

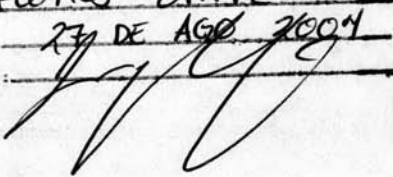
A mi esposa e hijo: Patricia y Oscar, por su motivación y cariño.

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

NOMBRE: JUAN ANTONIO

FLORES ORTIZ

FECHA: 27 DE AGO 2007

FIRMA: 

Quiero hacer patente mi agradecimiento a mis maestros:

Mtra. María del Rocío Páez Gómez

M.C. Ma. Isabel Haro Renner

Lic. Margarita Molina Avilés

Mtra. Ma. Del Carmen Montenegro Núñez

Lic. Yolanda Bernal Álvarez.

Por todo lo aportado a esta investigación y a mi carrera.

INDICE

Resumen

Introducción

Capitulo 1

1.1. Antecedentes	7
1.2. Esquizofrenia	11
1.3. Tratamiento de la esquizofrenia	27
1.4. El empleo y sus beneficios psicológicos	47

Capitulo 2

2.1. Metodología	51
2.1.1. Planteamiento y justificación del problema	51
2.1.3. Hipótesis	52
2.1.3. Definición de variables	53
2.1.4. Sujetos	53
2.1.5. Muestreo	54
2.1.6. Tipo de estudio	54
2.1.7. Diseño	54
2.1.8. Fuente de información	54
2.1.9. Escenario	54
2.2.0. Procedimiento	55
2.2.1. Análisis de datos	55

Capitulo 3

3.1. Resultados	55
3.2. Discusión y conclusiones	65

Referencias	69
-------------	----

Resumen

Este estudio presenta la comparación de algunas características de tratamiento entre pacientes esquizofrénicos paranoides empleados y desempleados (N=52 y N=75, respectivamente) que acuden al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" ubicado al sur de la Ciudad de México.

Este estudio de carácter descriptivo, contrasta ciertas características de pacientes esquizofrénicos paranoides de tipo ambulatorio que participan en un servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana y que aplica un modelo de atención integral.

Para realizar dicho estudio se tomaron en cuenta las siguientes categorías: edad, sexo, estado civil, escolaridad, edad de inicio de enfermedad y número de hospitalizaciones; los datos se obtuvieron de los expedientes de los pacientes y por medio de la entrevista directa. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba "t" de student para verificar diferencias significativas en cuanto a edad cronológica, edad de inicio de enfermedad, escolaridad y número de hospitalizaciones; Para las categorías de sexo y estado civil se usó la prueba estadística de diferencia de proporciones.

Los resultados revelaron que los pacientes esquizofrénicos paranoides empleados tienen un inicio de enfermedad tardío (23 años) frente a los pacientes esquizofrénicos paranoides desempleados que presentaron la enfermedad a edad más temprana, a los 20 años aproximadamente. En ninguna otra característica hubo diferencias significativas, por lo que se concluye que es de suma importancia la edad de inicio de la esquizofrenia en el pronóstico de un paciente, pues nos hablará del logro y el desempeño de un empleo en el futuro.

Introducción

Con la llegada de los neurolépticos en la década de los años cincuenta, cambió la forma de tratar a los enfermos mentales, que se encontraban en ese momento, internados en una institución psiquiátrica; la disminución de la sintomatología provocó que muchos pacientes se enviaran a su hogar por lo que comenzó la desinstitucionalización del enfermo psiquiátrico y con esto una nueva era en el tratamiento del paciente psiquiátrico. Este nuevo periodo impuso grandes retos, pues los pacientes presentaban demasiadas dificultades para integrarse nuevamente a su comunidad y a su familia; específicamente en la esquizofrenia, los pacientes carecían de habilidades para conseguir y conservar un trabajo, para cuidar de su persona, para manejar su sexualidad, y para establecer relaciones sociales, familiares y de pareja; además, los prejuicios formados hacia el paciente psiquiátrico hacían más difícil su reinserción; a estas dificultades se les identificó como "problemas psicosociales", al implicar atributos psicológicos del individuo así como características del medio social en donde se desenvuelve; desde entonces se reconoce y se aceptan los factores sociales y psicológicos como parte importante en el inicio, evolución y tratamiento de la esquizofrenia. Derivado de lo anterior, los clínicos y los investigadores emprendieron el diseño y el desarrollo de un modelo de intervención psicosocial para complementar el tratamiento neuroléptico (Valencia y cols., 2001).

Surgen modelos que buscarán trabajar con los datos neurofisiológicos y psicosociales disponibles, tal es el caso del modelo de "vulnerabilidad-estrés" desarrollado por Zubin y Spring; paradigma que más se ha aceptado actualmente. Este supone que existen en el individuo ciertos factores vulnerables tanto en el aspecto neurobiológico como psicosocial y que, para que aparezcan los síntomas de la esquizofrenia, debe actuar un factor estresante, que la persona no puede manejar. También se reconocen factores protectores que pueden atenuar la intensidad de los anteriores. Por lo que la intervención terapéutica, bajo este esquema, se encamina a disminuir la vulnerabilidad del sujeto al mejorar sus funciones cognitivas, reducir el estrés por medio de la modificación de las pautas de interacción familiar y reforzar los factores de protección mediante el aprendizaje de habilidades sociales y la creación de redes de apoyo. Las modalidades que con más frecuencia se usan son la Intervención familiar, el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento farmacológico;

otras modalidades también han considerado a la psicoterapia dinámica, la terapia de grupo y la terapia cognitiva, todas ellas aplicadas después de un periodo de estabilización clínica y el tratamiento neuroléptico como tratamiento básico (Hernández, 1999).

Las bases empíricas sobre la eficacia de los tratamientos integrales, fueron dadas a partir de 1978 por Goldstein y dos años mas tarde por Stein y Test, posteriormente surgieron nuevos estudios realizados por Hogarty, Wing, Kaplan, Bellak, Liberman, Wykes y Tarrrier, entre otros, que demuestran la necesidad del tratamiento farmacológico y psicosocial de manera complementaria; los resultados mas significativos que se han obtenido se resumen a continuación: disminuyó la tasa de recaídas y reingresos en un 60 a 75 por ciento durante el primer año de tratamiento, y a largo plazo perduraron las diferencias entre el grupo de pacientes tratados y el grupo control; por otra parte el paciente dejó de considerarse una carga familiar significativa, tenia una mejor aceptación y cumplimiento al tratamiento y por ultimo el paciente logró sentirse satisfecho con el tratamiento al igual que la familia (citado en Hernández, 1999; Valencia y cols., 2001).

En México, los estudios realizados para avalar este modelo, han arrojado resultados satisfactorios, como lo demuestran las investigaciones realizadas, al obtener mejorías significativas en el funcionamiento psicosocial de los pacientes mejorando en el área ocupacional, social, familiar, sexual y de pareja así como disminución en su sintomatología (Díaz y cols., 1996; Valencia y cols., 1997). Específicamente este modelo se ha aplicado en pacientes esquizofrénicos, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", ambos de la Secretaría de Salud, implementándose en programas extrahospitalarios, tales como hospital de día, consulta externa y hospital parcial de fin de semana (Valencia y cols. 2001). Concretamente en el Hospital Parcial de Fin de semana del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en donde se atiende a pacientes esquizofrénicos de tipo paranoide, se cuenta con tratamiento farmacológico, psicoterapia individual, psicodrama, terapia de grupo, grupos psicoeducativos y terapia familiar, realizados por un equipo multidisciplinario que incluye a psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeras y trabajadoras sociales. En este servicio se ha observado que aun a

pesar de la disminución de la sintomatología psicótica y del mejoramiento de algunas de las áreas de funcionamiento psicosocial, sigue existiendo un elevado nivel de pacientes que no desempeñan un empleo; al mismo tiempo que no se cuenta con investigaciones previas que sustenten el nivel de función psicosocial, principalmente en el campo laboral, área que es de especial preocupación para los familiares y terapeutas que buscan la autonomía del paciente. El trabajo con pacientes esquizofrénicos exige paciencia y el terapeuta debe de plantearse razonablemente sus objetivos en el tratamiento y la evolución para no caer en el pesimismo y la desmoralización (África y Schwartz, 1995), es por eso, que en esta investigación se busca describir algunas de las características de tratamiento de los pacientes que no han optado por un empleo, contrastando este grupo con pacientes que se encuentran empleados al momento del estudio; además de precisar el porcentaje de pacientes desempleos y el tipo de labor que más frecuentemente desempeñan los pacientes empleados; se espera conseguir, características concretas y significativas que proporcionen pistas para un mejor pronóstico en el área laboral de los pacientes esquizofrénicos paranoides.

Se revisa en la primera parte del trabajo, la historia del concepto de la esquizofrenia y de la enfermedad mental; los tipos de esquizofrenia que se aceptan actualmente, haciendo énfasis en el tipo paranoide, los diversos modos de intervención que se usan actualmente para la esquizofrenia y finalmente se aborda el concepto de trabajo y sus beneficios psicológicos.

Capítulo 1

1.1. Antecedentes

La idea de integrar una actividad, tal como el trabajo, como parte de la cura del espíritu, tiene orígenes muy antiguos, tal vez tan antiguos como el hombre mismo, en algunos textos de Herodoto, Petrarca, Galeno, Sorano de Efeso y Avicena, se muestra como evolucionó la concepción de enfermedad mental y su tratamiento; que fue desde el aislamiento, hasta el trabajo, pasando por el trato violento y las recomendaciones para viajar o cambiar de ambiente (Thobie, 1991; Defer y cols. 1994).

Con la concepción del trabajo como una necesidad de la condición humana, los judeocristianos e indoeuropeos, asociaron el trabajo con la normalidad o la salud. Posteriormente en la edad media y el renacimiento, eras de la historia muy influenciadas por lo religioso, adoptaran el trabajo como un castigo al referir el pasaje bíblico en el cual el hombre es expulsado del paraíso y debe comenzar a ganarse el alimento con su propio esfuerzo; pero en ocasiones también lo tomaron como un medio para alcanzar un estado normal bajo el precepto de "orad y trabajad". Con el Siglo XVIII comienza la era moderna y un nuevo desarrollo de las ciencias médicas así como la institución del trabajo como elemento terapéutico, ya que en 1780 Tissot publica un libro llamado "Gimnasia médica quirúrgica" en la cual propone reeducar por medio de "juegos, ocupaciones y oficios". Posteriormente en 1801, Pinel publicará un libro llamado "Tratado medico-filosófico de la alienación mental" en donde condenará el encadenamiento de los enfermos mentales, pedirá a la familia que se acerque a sus pacientes y otorgará un gran papel a la ergoterapia (neologismo contemporáneo cuyo sentido se refiere al tratamiento por el trabajo), pues considera que aleja la ideas mórbidas en el paciente, fortalece la comprensión y mejora su readaptación; a este tratamiento se le conocerá como "Tratamiento moral individual" que más tarde será colectivo al convertirse en la reglamentación de la vida hospitalaria. En 1857, el artículo 150 del reglamento, del asilo fundado por los alumnos de Pinel, instituirá el trabajo como forma de tratamiento y distracción. Sin embargo se criticará fuertemente la exigencia de cubrir cierto número de horas para obtener rendimientos y con esto financiar el propio

asilo; otro inconveniente que empaña la corriente del tratamiento por medio del trabajo serán las jugosas remuneraciones económicas que el paciente produce y que siendo rentable, se perpetúe su estancia; también se criticará que el trabajo con el tiempo se vuelva una rutina y un medio de dominación y utilitarismo; por lo que surgirán corrientes, como la terapia por medio del reposo que irán en contra de toda actividad y en especial del trabajo. No obstante el desarrollo de la ahora conocida ergoterapia encontrará muchos precursores entre ellos John Conolly quien en 1856 publica "Tratamiento del alienado sin sujeciones mecánicas" y pone en practica su método de "no restricciones" y consigue un tratamiento con diversas actividades con personal competente; mas tarde en 1905 en Alemania, Herman Simon en el asilo de Güttersloo, asilo que se convertirá en taller y en donde se hablará de ergoterapia y no de trabajo, instalará una terapia basada en la actividad, pues considera que si se abandona al paciente a su voluntad solo fomentará las malas costumbres en él, como la irresponsabilidad y se esconderá detrás del pretexto de su enfermedad (citado en Defer y cols., 1994).

En 1910 aparece el termino "Higiene mental" propuesto por Meyer y posteriormente el de "Profilaxis mental" por Toulouse; higiene mental representará el conjunto de datos que se refieren a la salud mental y a los medios de crearla y mejorarla y la profilaxis mental hará referencia al conjunto de medidas que previenen o por lo menos intentan detectar en sus comienzos los trastornos, de tal forma que no lleguen a evolucionar de modo peligroso, según Sivadon y Duchene; estas dos concepciones consideraran al trabajo dentro y fuera del hospital como prevención y tratamiento. Durante la segunda guerra mundial comienza a desarrollarse la terapia ocupacional de Dush Danton que tiene por objetivo la rehabilitación social y la restauración del valor social del paciente, terapia que se emplea en los inválidos físicos y que se extenderá a los enfermos mentales y que será muy diferente a la terapia laboral que se enfoca al trabajo utilitario institucional; la terapia ocupacional contemplará en primer plano a las relaciones interhumanas (citado en Thobie, 1991; Defer y cols., 1994;)

Después de la segunda guerra mundial se da un nuevo impulso y desarrollo a la inclusión del trabajo en el tratamiento y la rehabilitación y sobre todo a las investigaciones que apoyan este tipo de terapia (Lavender y cols., 1995; Diez y cols. 1998); en los años cincuenta la

Unidad de Psiquiatría Social del Consejo de Investigación Médica, establece un taller experimental de terapia industrial, en el hospital Banstead de Gran Bretaña; para los años sesenta ya se contaba con un porcentaje muy alto de hospitales en los que había una unidad de terapia industrial. Con este suceso se abre, para muchos hospitales, la visión de emplear el trabajo como forma y parte del tratamiento (Morgan, 1990). A pesar de todo, para la década de los setenta el trabajo seguía siendo para los encargados de la salud mental, un tema muy poco abordado; Neff en ese tiempo refería que muy al contrario de lo que podría esperarse, la psiquiatría y la psicología clínica habían prestado poca atención a los mecanismos adaptativos y desadaptativos que operan en el área del trabajo, además de que la literatura sobre la psicodinámica y psicopatología del trabajo era muy escasa (Neff, 1972).

Para inicios de los ochenta Roessler (1981) consideraba que la rehabilitación debía realizarse en tres planos: el físico, el mental y el social, y en este último menciona que el ajuste psicosocial debía llevarse a cabo mediante un entrenamiento de ajuste personal, la cual es un área en la que el paciente en rehabilitación, aprende técnicas necesarias para convertirse en un miembro productivo de la sociedad. Y es en 1990, cuando se plantean los principios y procedimientos de la terapia Industrial, los cuales contemplaban que la vida dentro del hospital debería ser lo más parecida a la vida real: se indicaba que el trabajo que realizara el paciente lo hiciera de manera mixta, sin separación de géneros, ni de discapacidades; así mismo el hospital debía dirigir esfuerzos a generar un número de lugares de trabajo con diferentes condiciones (duración, complejidad, pago, etc.), en el cual se notara el progreso del paciente, obtuviera ascensos y llegara a la alta definitiva, y cuánto más avanzase, las situaciones de trabajo deberían ser más semejantes a la vida de la industria real. El procedimiento debería de contemplar: la evaluación de las capacidades, la capacitación del paciente, una evaluación continua para saber los requisitos de la etapa siguiente tratando de obtener éxitos a corto plazo; sin embargo para los pacientes esquizofrénicos, las etapas, se recomendaba fueran más prolongadas (Morgan, 1990).

Últimamente la ergoterapia se ha integrado a diversos métodos terapéuticos tales como la farmacoterapia y la psicoterapia, ayudando de una manera notable a la mejoría en la evolución de las psicosis crónicas. Por ejemplo en el caso de las unidades de enfermos

difíciles la ergoterapia sigue siendo el elemento central del tratamiento (Defer y cols. 1994); y en el caso de las terapias de apoyo, estas buscan brindar ayuda a la estructura mental del paciente, tratando de no afectarla al ser débil y vulnerable, además de ayudar al individuo a que desarrolle habilidades sociales tales como trabajar, además de enseñarle las tareas de la vida diaria (Africa y Schwartz, 1995)

La actividad productiva se ha visto como una alternativa positiva en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, alteración de la personalidad de la que a continuación se presenta un acercamiento histórico y conceptual.

1.2. Esquizofrenia

Breve reseña histórica de la concepción de enfermedad mental y la Esquizofrenia.

Para poder hablar de la enfermedad mental y de la esquizofrenia específicamente, debemos hacer un breve recorrido histórico para conocer las diversas concepciones que se ha tenido de la locura a lo largo del tiempo.

Los egipcios y babilónicos seguramente llegaron a tener problemas de salud mental sin embargo no se cuenta con información suficiente para explicar su concepción, por lo que iniciaremos con la Grecia clásica. La antigua medicina griega consideraba las enfermedades como sucesos naturales y no solo incluía las corporales sino también los síntomas que la cultura popular etiquetaba como "locura" y con esto excluían que fueran del orden divino; los griegos distinguían diversos signos y síndromes entre los cuales se encontraban: la melancolía, la histeria, la epilepsia y la manía, términos que hoy en día aun se usan, pero con significado diferente. Estos síndromes eran explicados por medio de la teoría de los cuatro humores (melancólico, colérico, sanguíneo y flemático), teoría que conservará la medicina árabe y que sustituirá a la grecorromana posteriormente. La tradición medica árabe, expresará la idea de que los problemas mentales están directamente relacionados con alguna parte del cerebro y que las pasiones desenfrenadas como "el mal de amor" pueden ser enfermizos. El occidente cristiano retomó muy tarde la tradición médica griega y lo hizo a través de los árabes y judíos por lo que en la Edad media se tomó a los enfermos mentales como poseídos y herejes pero no son tratados como a menudo se cree ya que por una parte los poseídos eran exorcizados y a los que se creía habían hecho este mal eran castigados; por otro lado los herejes y brujas solo fueron perseguidos hasta el renacimiento. Así también el derecho canónico señalaba que las alucinaciones podrían ser fenómenos de la naturaleza, obra de Dios o del demonio y al médico le correspondía separar el primer fenómeno de los otros dos. Después de 1672, Colbert, prohíbe en los tribunales las acusaciones de brujería; este es un punto de partida para separar lo religioso de lo que concierne a la medicina (citado en Lantéri-Laura y Tevissen, 1996; Lanteri-Laura y Del Pistoia, 1998).

En el periodo clásico que abarca del renacimiento hasta el final del siglo de las luces, la teoría de los cuatro humores deja de tener importancia. Sydenham en su obra aporta una concepción moderna de las enfermedades definiéndolas como un conjunto de síntomas que son comunes entre si y cuya evolución puede ser previsible y que este conjunto de síntomas es idéntico en uno y otro paciente. Surgen así más investigaciones que precisan la noción de enfermedad y darán mayor claridad al estudio de la locura. Con la llegada de Pinel a Bicetre en 1793 se marca el inicio de una nueva era que será llamada de la "alienación mental", concepto que Pinel da a las enfermedades mentales ya que el termino "locura" es un vocablo demasiado general y mal delimitado y que solo tiene utilidad para la gente común y no para los médicos. La alienación entonces para Pinel es un proceso único que puede presentar varias apariencias por lo que la manía, la melancolía, la demencia y el idiotismo, las incluirá dentro de la alienación mental como parte del mismo proceso. Pinel propondrá para esta afección el tratamiento llamado "moral", que será concretado en apoyo, consuelo, escucha y proporción de trabajo. Esquirol elaborará, posteriormente, la doctrina de las monomanías, respetará el paradigma de una entidad patológica y solo diferenciará algunos delirios. Con la publicación del artículo "Sobre la inexistencia de la monomanía" en 1854, Falret se opondrá a la doctrina de Esquirol y al paradigma de la alienación mental de Pinel, y se unirá a la nueva corriente que apoya la teoría de que la patología mental no es una, sino que se compone de varias entidades mórbidas que no se pueden confundir unas con otras y que deben considerarse como enfermedades mentales distintas, a esta época se le conocerá como el periodo de las enfermedades mentales y será impulsada además por Magnan, Seglas, Chaslin, Ballet y en Alemania por Kahlbaum, Hecker y Kraepelin. La noción de enfermedades mentales se impondrá poco a poco y se mantendrá hasta los años treinta del siglo pasado; en estos años -30's- la noción de enfermedad tendrá varias acepciones como evolución típica de un grupo de signos que se relacionan, sintomatología en relación con lesiones conocidas y expresiones clínicas de causas bien definidas. Kraepelin utilizará esta noción pero Jaspers utilizará síndrome y Chaslin prefiere la expresión "tipo clínico", sin embargo todos ellos coincidieron en la pluralidad. A partir de los años treinta Minkowski y Henry Ey irán desplazando la noción de enfermedades mentales por la de las "grandes estructuras patológicas", sobre todo las estructuras neuróticas y psicóticas. El recorrido histórico nunca fue lineal, aun persisten en nuestro tiempo referencias hacia las enfermedades mentales y

hacia la alienación mental, pero la que se mantiene vigente es el de las enfermedades mentales y el de los síndromes de Jaspers que aparece aun en el Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (citado en Lantéri-Laura y Tevissen, 1996).

Con el periodo de las enfermedades mentales se viene a diferenciar distintos delirios que serán objeto de discusión durante mucho tiempo. La escuela psiquiátrica francesa, por una parte, trata de poner en orden los delirios crónicos diferenciándolos entre si por un aspecto evolutivo y se comienza a hablar de los delirios de grandeza, de persecución, de negación y de celotipia. Después se realizó una clasificación de delirios crónicos según su mecanismo psicopatológico; y se identifica el delirio de interpretación, de Serieux y Capgras en 1909. En 1911 Ballet describe la psicosis alucinatoria crónica que se caracteriza por el predominio de alucinaciones auditivas con prevalencia de ideas de persecución. En 1909 Clerambault construye la noción de psicosis con base en el automatismo que es una readaptación sutil de las psicosis alucinatoria crónica. Se caracteriza por lo que él llama "el automatismo mental" con alteraciones del lenguaje interior como el robo del pensamiento, eco del pensamiento y adivinación del pensamiento. Asimismo, identifica las psicosis pasionales, diferenciando las que pertenecen a este rubro y las que pertenecen al paranoico, así como los delirios reivindicativos, celotípicos y erotomaniacos; insiste, también, en lo que él llamó las psicosis mixtas que según eran los efectos del automatismo mental o de las pasiones sobre las organizaciones paranoicas de la personalidad. Dupré posteriormente identifica otro delirio llamado delirio de imaginación o mitomanía delirante. Paralelamente, los alemanes identificaban, antes de Krapelin, diversos delirios como el delirio de comienzo en la infancia, delirios sistematizados, paranoia alucinatoria y paranoia abortiva. Kahlbaum en 1871 y Hecker en 1882, en sus trabajos de la catatonia y la hebefrenia, respectivamente, describen diversas experiencias delirantes. Wernicke en 1906, hace lo suyo definiendo al delirio de referencia, en el cual al paciente se le impone un sentimiento de que todo lo que pasa alrededor lo implica o le concierne personalmente sin saber el porque. Krapelin hará su propia teoría de los delirios que se modificará de 1896 a 1899; Krapelin pensaba que los delirios se organizaban de la siguiente manera: en un apartado consideraba a la paranoia como un trastorno que se caracterizaba por delirios sistematizados sin alucinaciones y sin una evolución con deterioro; los delirios crónicos englobará a aquellos como la psicosis

paranoide (semejante a la paranoia pero muy radical en otros aspectos), a la catatonía de Kahlbaum y a la hebefrenia de Hecker, entidades que eran diferentes entre sí en su comienzo, pero en su evolución y en el deterioro del afecto, muy similares. Sin embargo las tres tarde o temprano manifestaban demencia. Kraepelin llamará a este conjunto de síntomas "demencia precoz", término utilizado ya por Morel pero con otro significado. Bleuler en 1911 en el volumen del tratado de Aschaffenburg, en donde debía exponer la noción de demencia precoz, elabora un volumen llamado "El grupo de esquizofrenias" donde resume sus propios trabajos de varios años. Bleuler consideró que los delirios crónicos debían agruparse en dos: el primer grupo se refería a la Paranoia tal y como la describían Kraepelin, Serieux y Capgras, el segundo grupo correspondía a lo que él había llamado el grupo de las Esquizofrenias, ya que existían diversas debido a sus causas y sintomatología pero con una unidad psicopatológica; en donde el trastorno fundamental es la desorganización de los procesos asociativos del individuo o en resumen la pérdida del sentido de realidad, por no poder asociar las experiencias vividas con la realidad del mundo. Bleuler hace una distinción entre signos primarios y secundarios, los primeros son aquellos que provocan la disociación intrapsíquica de las alteraciones asociativas y las segundas corresponden a las diversas formas en que el individuo trata de adaptarse al trastorno y al mundo (depresión, alucinaciones, delirios, excitación, etc.) la evolución de estas puede ser muy variable, con recaídas y remisiones sin llegar a la cura total. Bleuler diferencia algunas esquizofrenias: de tipo simple de tipo paranoide, de tipo catatónica y hebefrénica, clasificación que perdurará mucho tiempo y será retomada por otros investigadores. Kraepelin modificará nuevamente su teoría entre 1915 y 1927 al advertir en sus estudios que existía también un cuadro que iniciaba con los síntomas de una psicosis paranoide pero que no presentaba una evolución demencial y aun con los delirios poco a poco se adaptaban a la vida social, a este tipo le llamó "parafrenia" la cual ubicaba entre la demencia precoz y la paranoia. En este tipo incluyó subtipos llamados: parafrenia expansiva, confabulatoria, sistemática, y fantástica. Kleist en 1913 identificó la paranoia involutiva que consistía en interpretaciones erróneas de la realidad, sin debilitamiento intelectual, y que tenía una evolución hacia la curación, esta noción es retomada en trabajos posteriores. Kreschmer en 1918 definía otro delirio llamado "delirio de relación de lo sensible" y lo definía como una afección que daña a pacientes que

presentan un temperamento sensible y que aparecería cuando se producía una descompensación del carácter, frente a una situación insoportable.

En este aparece un delirio de referencia, se presentan alucinaciones verbales y genitales, en donde la evolución es favorable pero llegan a presentarse recaídas o episodios distímicos (Citado en Lanteri-Laura y Tevissen, 1996; Lanteri-Laura y Del Pistoia, 1998). En 1939 Schneider propone la idea de que dentro de las esquizofrenias se pueden considerar algunos síntomas que él llama de primer orden y cuya manifestación es suficiente para poder hacer el diagnóstico ya que son patognomónicos, estos se comentan a continuación: trastornos perceptivos, trastornos del pensamiento, delirios y perturbaciones tales como sentimientos, impulsos o voluntades impuestas por otro. Es pertinente comentar que Kleist sugería que existía un tipo que él llama las "fasofrenias" que consistían en diversos síntomas como los delirios de la esquizofrenia y los aspectos periódicos de las psicosis maniaco-depresivas. Luego su alumno K. Leonhar consideraría que el conjunto de los delirios crónicos podrían ser el núcleo de las esquizofrenias pero existía un grupo periférico atípico, trata de separar con esto los aspectos delirantes periféricos y esquizofreniformes de la esquizofrenia fundamental para no confundirse con ella. Para finalizar, en la primera reunión internacional llevada a cabo en París en 1950 para la clasificación de las enfermedades, aunque no se llegó a un consenso sobre la esquizofrenia, se incluyen y se realizan algunas propuestas que se resumen enseguida: a).- La esquizofrenia es un grupo heterogéneo al cual es pertinente incluir subdivisiones y se debe desconfiar de la etiología y las patogenias y por el contrario confiar en la clínica y la evolución; b).- Se completa la distinción entre trastornos típicos indiscutibles que comprenden los aspectos paranoides, hebefrénicos, catatónicos, juveniles y mixtos y los síndromes esquizofreniformes de mejor pronóstico; c).- Se sugiere apegarse al concepto de Krapelin y Bleuler; d).- Se exige que se mantenga un lugar específico para los delirios paranoides y por último e).- Se insiste en separar a la esquizofrenia de los síndromes esquizofreniformes. El Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales de la APA, también adopta la concepción de la esquizofrenia con algunas variantes ya que se muestran criterios más rigurosos para su diagnóstico, desde entonces se ha venido reformando el concepto a medida que avanzan los estudios (citado en Lanteri-Laura y Del Pistoia, 1998).

Concepto de Esquizofrenia

El concepto lo forma Bleuler de los vocablos griegos: "σχίζω" que significa "hendir, escindir o dividir" y de "φρην", "espíritu" para denotar la principal característica de esta psicosis que es la disociación –Spaltung en alemán- (citado en Laplanche y Pontalis, 1994).

Como se ha visto, ha habido a través de la historia un desacuerdo generalizado en todo el mundo en la manera de cómo se define y cuales son sus factores etiológicos predisponentes o precipitantes. Algunos autores están de acuerdo en que la esquizofrenia no es una enfermedad y la consideran como un grupo que le han llamado "el grupo de las esquizofrenias" pensando que cada conjunto de reacciones anormales es una sola entidad patológica. Existe por tanto una inclinación cada vez mayor a pensar que esquizofrenia es el término que designa a cierto tipo de pautas de reacción, más o menos similares, ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil encarar (Kolb, 1976). Algunas concepciones mencionan que la esquizofrenia denota una perturbación mental grave y prolongada que se manifiesta por una gama amplia de alteraciones de pensamiento, lenguaje y conducta. Así mismo no se considera como una enfermedad sino como un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de modo invariable perturbaciones de pensamiento y con frecuencia síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento. Otro de los conceptos aceptados de los trastornos esquizofrénicos reconoce desorganización de un nivel previo de funcionamiento, síntomas que implica múltiples procesos psicológicos, características psicóticas evidentes durante la fase activa de la enfermedad y tendencia hacia el estado crónico (Kolb, 1976; Freedman, 1980, Laplanche y Pontalis, 1994; Africa y Schwartz, 1995).

Sin embargo nos apegaremos a la definición que propone la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), la cual dice que la esquizofrenia es un trastorno o alteración caracterizado por una mezcla de signos y síntomas singulares que han estado presentes una parte significativa de tiempo, implicando una variedad de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del

pensamiento y el habla, la capacidad de experimentar placer, la voluntad, la motivación y la atención.

Estos síntomas pueden dividirse en dos categorías: los síntomas positivos y los negativos. A los síntomas que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales se les toma como positivos y a aquellos que parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, se les llama negativos.

Los síntomas positivos engloban distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), lenguaje y comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: "la dimensión psicótica" incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que "la dimensión de desorganización" incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados.

Los síntomas negativos incluyen restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

El manual de diagnóstico de la APA (2002) propone los siguientes criterios para diagnosticar la esquizofrenia:

A.- Síntomas característicos: Que la persona experimente dos o más de los siguientes síntomas y que cada uno de ellos estén presentes durante un tiempo no menor de 1 mes o menos si ha sido tratado con éxito:

Ideas delirantes

Alucinaciones

Lenguaje desorganizado

Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Síntomas negativos

La misma organización sugiere que solo se requiere un síntoma del criterio "A" si las ideas delirantes son extrañas o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B.- Disfunción social / laboral: Que el individuo presente alteraciones en su conducta durante una parte significativa del tiempo, afectando una o más áreas importantes de sus actividades cotidianas, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo, y esté claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral.)

C.- Duración: Cuando los signos continuos de la alteración persistan durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos (consistentes en depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondriasis, dificultades notables para concentrarse e inquietud) y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada por ejemplo: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales, entre otras.

D.- Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: Cuando se haya descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, debido a que **1).**- no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o **2).**- si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa y su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E.- Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: Cuando el trastorno

no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia por ejemplo una droga de abuso, un medicamento o de una enfermedad médica.

F.- Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si existen antecedentes de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes o menos si se han tratado con éxito.

Es importante definir cada uno de los síntomas por lo que a continuación se realiza una breve de explicación de cada uno de ellos:

Ideas delirantes.- Las ideas delirantes se refieren a creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (por ejemplo de persecución, de auto referencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes, la persona cree que esta siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes auto referenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

Alucinaciones.- Las alucinaciones son percepciones falsas que pueden experimentarse en cualquier modalidad sensorial (auditiva, visual, olfativa, gustativa y táctil), pero las alucinaciones auditivas son las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (por ejemplo: voces que comentan el comportamiento del sujeto o que le ordenan hacer algo) han sido consideradas especialmente características de la esquizofrenia. Las alucinaciones deben

producirse en un contexto de claridad sensorial. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (por ejemplo zumbidos en la cabeza) así como las imágenes que suceden antes de dormir o al despertarse (alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia.

Pensamiento desorganizado.- El pensamiento desorganizado es reflejado por el lenguaje del individuo presentando diversas formas de desorganización. Por ejemplo el individuo puede perder la línea directriz de lo que esta diciendo, yendo de un tema a otro (“descarrilamiento” o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación torcida o bien no tener relación alguna con las preguntas (“tangencialidad”) y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (“incoherencia” o “ensalada de palabras”). Para este síntoma, el déficit debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación.

Comportamiento gravemente desorganizado.- Este comportamiento puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Se observan problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (por ejemplo llevando abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (por ejemplo masturbarse en público) o una agitación impredecible e inmotivada (por ejemplo gritar o insultar).

Comportamientos motores catatónicos.- Estos incluyen una disminución significativa de la sensibilidad a su entorno que, en algunas ocasiones, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo posturas rígidas y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa frente a las ordenes o a los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas

catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica). Cabe mencionar que aunque es muy característico este síntoma en la mayoría de los esquizofrénicos no es un síntoma exclusivo de esta enfermedad.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia (aplanamiento afectivo, alogia y abulia) constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno.

Aplanamiento afectivo.- La inmovilidad, falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal son características primordiales de lo que se conoce como aplanamiento afectivo. Si bien, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el espectro de su expresividad emocional está claramente disminuido.

Observar al paciente interactuando con sus congéneres nos ilustra sobre el grado de aplanamiento afectivo que sufre el paciente.

Alogia o pobreza del habla.- Se manifiesta por las respuestas parcas, concretas y vacías que el individuo expresa. El paciente con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla.

Abulia.- La palabra como tal, indica "ausencia de voluntad". Se caracteriza por la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. El individuo puede permanecer sentado durante mucho tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

Tipos de esquizofrenia

El CIE-10 describe seis tipos de esquizofrenia básicamente (paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual y simple), sin embargo nos apegaremos a los propuestos por la APA: el tipo paranoide, el desorganizado (similar al hebefrénico), el catatónico, el indiferenciado y el residual.

A continuación se describirán los diferentes tipos de esquizofrenia que reconoce la APA en su manual, de una manera breve y no exhaustiva, sin embargo el tipo paranoide se abordará al final, de forma más amplia como parte de este trabajo.

Tipo desorganizado

Los antecedentes del paciente esquizofrénico desorganizado, reflejan poca funcionalidad y adaptación en el ámbito socio-laboral siendo por lo general solteros y desempleados; proviniendo de familias, en las cuales algunos miembros, han presentado trastornos esquizofrénicos. El brote de este tipo de esquizofrenia es por lo general súbito, ocurriendo en el inicio de la adolescencia y con una evolución continua sin remisiones significativas. En ocasiones el principio es subagudo y se caracteriza por una depresión parecida a una reacción afectiva de aplanamiento. (Kolb, 1976; Africa y Schwartz, 1995; APA, 2002).

Las características principales de este tipo son: el lenguaje desorganizado el cual se define como incoherente, sin una línea directriz al tener procesos asociativos carentes de cohesión; refleja un contenido ideativo fantástico, de ideas delirantes estrambóticas, fragmentarias y poco estructuradas que describe con neologismos; acompañando su discurso con risas sin relación con el contenido; adoptando posturas y amaneramientos forzados. La desorganización comportamental se refleja en la falta de la orientación hacia un objetivo al no poder ejecutar actividades cotidianas como bañarse, vestirse o prepararse comida; presenta rasgos regresivos los cuales son muy notorios ya que el paciente suele orinar y defecar vestido y come en una forma descontrolada; se observan además muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. La alteración social comúnmente es extrema ya que el paciente llega a vivir una vida profundamente autística, volviéndose inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo al aislarse del exterior. Finalmente la afectividad del

paciente esquizofrénico desorganizado suele ser superficial e inadecuada; por ejemplo: suele reír sin causa aparente, sonríe y se carcajea inapropiadamente, y en ocasiones presenta afecto embotado (Kolb, 1976; APA, 2002; África y Schwartz, 1995).

Tipo catatónico

El tipo de esquizofrenia catatónica es la que, con mayor frecuencia tiene una iniciación aguda con una experiencia emocionalmente dolorosa, que la antecede y la precipita; la edad de inicio del trastorno se encuentra entre los 15 y 25 años. (kolb, 1976)

Se define por fases de estupor, las cuales son caracterizadas por una significativa disminución en la capacidad de reacción al ambiente así como reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos llegando a alternar fases de excitación (actividad motriz excesiva y carente de objetivo aparente e insensibilidad a los estímulos externos), presentando una mezcla de síntomas dependiendo de la fase (Kolb, 1976), tales como resistencia o negativismo, sin motivación aparente, a cualquier orden o intento de trasladarlo a otro lugar, ejecutando movimientos que impiden el desplazamiento o manteniéndose solamente rígido (rigidez); adopción de posturas extravagantes e inadecuadas de manera voluntaria definida por la Clasificación Mundial de las Enfermedades (CIE-10, 1992) como catalepsia y a la flexibilidad cérica como el mantenimiento de las posturas impuestas por el exterior, sin embargo la APA (2002), incluye la flexibilidad cérica como característica de la catalepsia; además de agregar a la ecolalia y la ecopraxia (repetición de vocablos y conductas realizadas por otra persona, respectivamente) como características del lenguaje y la conducta.

Tipo Indiferenciado

El tipo indiferenciado se especifica por la presencia de los síntomas característicos de la esquizofrenia, principalmente por: conducta muy desorganizada, delirios evidentes, incoherencias, y alucinaciones; pero que no cumplen con las características para los tipos de esquizofrenia paranoide, desorganizada o catatónica (África y Schwartz, 1995; APA, 2002).

Tipo Residual

La categoría residual es diagnosticada generalmente cuando el paciente ha experimentado un episodio de esquizofrenia pero que en la actualidad, solo presenta síntomas negativos (afectividad aplanada, alogia o abulia) sin embargo en algunas ocasiones existen síntomas positivos pero estos se encuentran disminuidos, como por ejemplo pueden existir creencias absurdas, conductas inusuales o excentricidad evidente (APA, 2002). Estos pacientes por lo general son constantes al asistir a consulta externa sin embargo tienen dificultades para permanecer en un empleo, tal vez por la falta de apoyo especial (África y Schwartz, 1995)

Tipo paranoide

El inicio de este síndrome suele ser tardío con respecto a los demás subtipos y su personalidad premórbida puede haber sido clasificada como un trastorno paranoide, con las consiguientes dificultades para relacionarse, se muestra desconfiado, rencoroso, así como resentido hacia todo aquel que lo critique, gusta de discutir y llega a refir por las causas más triviales, se muestra devaluador, con sentimientos de superioridad, mordaz en sus comentarios con tintes graciosos ocultando su hostilidad reprimida y pueden ser muy inteligentes o cultos conservando su inteligencia aun después del trastorno (Kolb, 1976; CIE-10, 1992; APA, 2002; Africa y Schwartz, 1995).

La conducta precedente del paciente esquizofrénico paranoide se caracteriza por malinterpretar la realidad; los primeros síntomas llegan a ser: trastornos en la asociación e ideas de referencia, sobre estas últimas explica Lanteri-Laura, que el temperamento sensible de estas personas, frente a una situación insoportable, provoca una descompensación, agravando sus rasgos, por lo que el paciente comienza a perder contacto con la realidad al malinterpretarla, llegando a pensar que todo cuanto ocurre le concierne de una forma amenazadora y poco favorable (Lanteri-Laura y cols. 2001). En un primer momento el individuo comienza a actuar sus impulsos más agresivos al perder poco a poco el contacto con la realidad. Sus ideas delirantes son limitadas en un principio pero posteriormente son mayores y diversas, estas ideas delirantes suelen reflejar por lo general, las necesidades o las experiencias psicológicas que la persona satisface por medio de su trastorno, también sus comentarios suelen revelar algunas de sus preocupaciones (Kolb, 1976).

El paciente esquizofrénico paranoide, presenta como característica principal ideas delirantes sistemáticas y bien estructuradas, que giran alrededor de un tema definido, y pueden estar acompañadas de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, como voces amenazantes y acusadoras, así como de otros trastornos de la percepción y aunque su inteligencia se conserva, su razonamiento es menos lógico; en cuanto a la afectividad esta se encuentra menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero es común que se presenten incongruencias afectivas, así como una impredecible agresividad física a causa de las tendencias agresivas reprimidas; en ocasiones pueden, también aparecer síntomas como trastorno de la voluntad y embotamiento afectivo (Kolb, 1976; CIE-10, 1992).

Estos pacientes manifiestan una menor regresión en sus facultades mentales, en sus respuestas emocionales y en su conducta que los otros cuatro tipos de esquizofrénicos. Su cuadro clínico es más estable y con menos deterioros y tiene un mejor pronóstico por sobre el catatónico y el hebefrénico (desorganizado), esto se explica posiblemente porque los esquizofrénicos paranoides son habitualmente mayores que los catatónicos o hebefrénicos, cuando manifiestan la enfermedad; es decir se encuentran, por lo regular, al final de la década de los veinte años o al principio de la década de los treinta. Las personas que habían estado sanas hasta esta edad han fincado, por lo general, una posición y una presencia en la sociedad; son pacientes muy inteligentes y bien informados y raramente muestran deterioro en los test cognoscitivos; es así que los recursos yoicos son mayores con respecto a los de los pacientes hebefrénicos y catatónicos (Kolb, 1976; Africa y Schwartz, 1995; APA, 2002). Por otra parte existen diferencias en cuanto al sexo ya que las mujeres suelen tener un inicio de enfermedad más tardío oscilando entre los 25 y 35 años mientras que en los varones es de 15 a 25 años (citado en Nicolini y cols., 2001); además en las mujeres el comienzo es más agudo y tiene mejor pronóstico y en los hombres si el comienzo es precoz, entre 14 y 18, y el tratamiento se ha retardado sugiere un mal pronóstico además de que tienen mala sensibilidad a los neurolepticos y la evolución tenderá al retraimiento social y una sintomatología que produce déficit marcado; se ha querido explicar mediante hipótesis etiopatogénicas las diferencias entre sexos al exponer que son factores endocrinos los responsables pero no ha habido hasta ahora ninguna prueba que los sustente, algunos autores como Franzek y Beckman, piensan que son dos subtipos de esquizofrenia, ya que

existen datos cognitivos y neuroanatómicos que apoyan esta teoría para futuras investigaciones (citado en Hardi-Baylé y cols., 1996).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2002, p.p. 351) dice sobre la esquizofrenia paranoide lo siguiente:

“La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad... fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante”.

Se mencionan solo dos criterios básicos (uno de inclusión y otro de exclusión) para diagnosticar este tipo de esquizofrenia, el criterio de inclusión se refiere a que debe de presentar una preocupación excesiva por sus ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes; el criterio de exclusión es el que indica dejar fuera de este diagnóstico a todo aquel que presente uno de cualquiera de los siguientes síntomas: lenguaje o comportamiento desorganizado, comportamiento catatónico y/o afectividad claramente aplanada o inapropiada.

1.3. Tratamiento de la esquizofrenia

Antecedentes

Desde antes que se desarrollara un concepto bien definido para explicar la esquizofrenia (siglo XIX), se utilizaban métodos poco efectivos para tratarla, basta recordar las limitaciones físicas (camisas de fuerza), así como los sedantes o bien el aislamiento total para proteger a la sociedad, a las familias, a las personas encargadas de la atención de la salud del sujeto y proteger al mismo paciente de los daños ocasionados por su trastorno; pero la hospitalización se prolongaba hasta la muerte a causa de enfermedades infecciosas o nutricionales (Africa y Schwartz, 1995).

A partir del decenio de 1920 se comienza a desarrollar terapias psicosociales que participarán en el tratamiento del esquizofrénico, sin embargo hasta la década de los años treinta los únicos tratamientos que se utilizaban por su resultado benéfico eran los somáticos, como por ejemplo la inducción de coma/sueño prolongado por medios químicos así como los tratamientos electro convulsivos "TEC" (tratamiento a base de electroshocks con el principio de desencadenar una crisis convulsiva tonico-clónico generalizada como consecuencia del paso de una corriente eléctrica masiva por el encéfalo), cabe señalar que de los subtipos de la esquizofrenia, la forma paranoide aguda es la que mejor responde al tratamiento con TEC; naturalmente los resultados son mejores cuando existen rasgos afectivos y la personalidad prepsicótica cuenta con algunas ventajas (Kolb, 1976); sin embargo este tipo de terapia fue fuertemente criticada (Broustra, 1979). El primer dato que se conoce acerca del uso de la Terapia Electro Convulsiva es en el siglo XVI por Phillipus Paracelsus como tratamiento para psicosis y manía; en el siglo XIX por Leopold von Auenbrugger, W. Oliver y Carl Weickhardt. En 1932 Manfred Sakel propone tratar a los enfermos mentales, en particular a los esquizofrénicos, mediante insulina, la cual consistía en inyectarla al paciente de manera repetida, hasta inducir al coma; posteriormente la primera aplicación moderna de la Terapia Electro Convulsiva (TEC) fue en 1934 por Ladislav J. von Meduna ya como un tratamiento para la esquizofrenia. En 1938 Ugo Cerletti y Lucio Bini proponen el uso de la electricidad calculada basándose en el peso y talla del individuo, para inducir la crisis convulsiva, lo que no provoca lesiones residuales y que actúa modificando algunas regiones basales del

cerebro (el hipotálamo y el diencefalo), zonas que segregan importantes sustancias químicas, algunas de las cuales son responsables de la regulación del estado de ánimo. Hacia 1940 se introduce el empleo de relajantes musculares para reducir el índice de fracturas ocasionadas por dicho tratamiento. Sin embargo actualmente ha sido desplazada por el uso de los fármacos. No obstante siguen utilizándose para aquellos pacientes que muestran excitación catatónica o intentos suicidas graves, los cuales tienen un 20 % de probabilidad de que mueran y pueden suprimirse en pocos días con dicho tratamiento (citado en Dubovsky, 2000).

A mediados de la década de 1930, Moniz desarrolló la psicocirugía o el tratamiento por lobotomía (citado en Freedman, 1980), la cual consiste en extraer quirúrgicamente los conductos entre los lóbulos frontal y temporal y el mesencéfalo con la finalidad de cambiar los pensamientos y la conducta (Africa y Schwartz, 1995), este método no se empleaba a menos que fallara cualquier otra terapia y se recomendaba para los casos de excitación catatónica y esquizofrenia paranoide los cuales respondían favorablemente (Kolb, 1976). Sin embargo, en la actualidad, aunque han avanzado las técnicas quirúrgicas y se llevan a cabo extracciones más precisas, la psicocirugía se utiliza pocas veces debido a la probada efectividad de los neurolépticos que fueron introducidos a partir de los años cincuenta (Africa y Schwartz, 1995).

Con el descubrimiento de los fármacos en los cincuentas la psiquiatría supone haber resuelto el problema pero dejan de lado muchos otros problemas por resolver, tales como la poca capacidad de vivir independiente de la familia, inestabilidad en la permanencia del empleo, recaídas, entre otros problemas: problemas a los que se ha avocado la psicología; esta posición de los psiquiatras, ha sido criticada aún en esta ultima década al tratar de controlar al paciente solo con fármacos: *"...a veces ciertos pacientes esquizofrénicos se les trata de inmediato con neurolépticos y los así llamados tratamientos de apoyo que pueden ocultar o amortiguar el conflicto pero no resolverlo. En lugar de promover el crecimiento y las relaciones enriquecedoras, este tipo de tratamiento suele conducir a un empobrecimiento de las ideas y un estrechamiento de los intereses y de las relaciones"* (Berger, 1993. p. 32).

En los años setenta la psicología se abre a nuevos enfoques en el tratamiento del paciente al entender que la etiología y la evolución de la esquizofrenia se debía no solo a un factor como sucedía con algunas enfermedades, sino a múltiples influencias de índole biológica, psicológica y social, así opta por integrar a los familiares y a considerar su entorno social con lo que se implementaron terapias grupales y familiares (Freedman, 1980). Cabe mencionar que hoy en día se reconoce que el desarrollo teórico y práctico de la rehabilitación psicosocial (también conocida como rehabilitación psiquiátrica) se ha producido de la mano de los psicólogos, además de que la psiquiatría se une a este movimiento integrador hace apenas algunos años (Fernández y González, 1999; Hernández, 1999)

Posterior a esta década se han comenzado a publicar estudios de investigaciones sobre tratamientos combinados los cuales indican que el conjunto de la farmacología y la psicoterapia, tiene mayores posibilidades de repercutir en un grado más alto de mejoría en la adaptación social del paciente; tal ha sido el éxito de este tipo de enfoque, que actualmente se combinan los métodos biológicos, psicológicos y sociológicos; terapia a la que han llamado algunos, como tratamiento combinado (Africa y Schwartz, 1995), Integral (Hernández, 1999) o biopsicosocial (Valencia y cols. 2001).

Actualmente el tratamiento psicosocial, como menciona Valencia (2001), no se puede considerar que sea independiente del tratamiento farmacológico o viceversa ya que la investigación ha demostrado, durante estos últimos años, la efectividad de estos tratamientos en forma complementaria; por otra parte no existe bibliografía internacional que reporten resultados de programas de tratamiento psicosocial en forma exclusiva (Valencia y cols., 2001).

Tratamiento farmacológico o neuroléptico

El término neuroléptico lo idea Delaury y Deniker para referirse a los fármacos con capacidad de producir disminución de la agitación psicomotriz, del comportamiento agresivo y de la tensión emocional (citado en Uriarte, 1997); actúa sobre las alteraciones de la percepción (alucinaciones e ideas delirantes) y mejora la conducta catatónica y los trastornos del yo de la esquizofrenia, con o sin alteración de los movimientos extrapiramidales. Su funcionamiento

se debe a que bloquean la producción de un neurotransmisor llamado dopamina (DA), en los receptores D2 y D3. Sin embargo una de las desventajas de algunos neurolépticos es que debido al bloqueo a nivel del núcleo neostriado se produce un cuadro característico del parkinsonismo. (Uriarte, 1997)

Los primeros en sintetizarse, fueron las fenotiazinas en 1883, aunque inicialmente su uso no fue como antipsicóticos, sino como antisépticos urinarios; más tarde al descubrirse su capacidad neuroléptica fueron los fármacos más importantes que se utilizaron tanto para el tratamiento hospitalario agudo de la psicosis, como para la estabilización a largo plazo de los sujetos esquizofrénicos después de que volvieron subsecuentemente a su comunidad. (Africa y Schwartz, 1995), en la actualidad existen una diversidad de antipsicóticos derivados de las fenotiazinas (levomepromazina, pipotiazina, tioridazina, flufenazina, perfenazina, etc) En 1953 justo antes de aparecer la clorpromazina apareció en el mercado farmacéutico el primer medicamento neuroléptico, identificado por Hugo Bein (citado en Kolb, 1976) llamado reserpina (extracto de la *Rawolfia serpentina*), el cual actuaba de manera eficaz en las formas paranoides agudas de esquizofrenia; en 1957 Paul Janssen sintetizó la primera butirofenona; mas tarde la investigación apoyada por la industria farmacéutica desarrolla innumerables medicamentos denominados psicotropos (citado en Broustra, 1979); medicamentos que ayudaron a controlar los síntomas agudos psicóticos de la esquizofrenia, permitiendo la reducción del período de hospitalización de años a días, prolongando la remisión y ayudando a que el resultado de la esquizofrenia en tratamiento sea mucho mejor que el curso natural de la enfermedad no tratada (Africa y Schwartz, 1995).

Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitivo-conductual tiene sus orígenes en el conductismo representado principalmente por Watson y Skinner, por un lado y por el otro la corriente cognoscitiva, que tiene en Ellis y Beck a sus mejores representantes (citado en Légeron y Van Rillaer, 1999). Aunque algunos autores afirman que Pierre Janet en 1889 fue el primero en utilizar técnicas similares a las terapias cognitivas-conductuales actuales (citado en Cottraux, 2000), es hasta los años setenta que los profesionales de la salud integran los aportes de ambas corrientes y nace la terapia cognitiva-conductual, término que usa principalmente Meichenbaum ante una

visión de integración. La conciliación de las dos corrientes ha permitido aplicarla en varias áreas, tales como en la psicosis, en trastornos de la personalidad, conflictos familiares, toxicomanías, delincuencia, entre otros. Aun a pesar de la integración de ambas corrientes la expresión "cognitivo-conductual" no fue adoptada por algunas asociaciones, como ejemplo, en los Países Bajos se usa la expresión: "Terapia conductual" ya que para ellos el término "conducta" ya incluye aspectos cognitivos y afectivos, contrariamente sucede en Francia en donde el término fue bien aceptado; otros profesionales aunque usan procedimientos conductuales se hacen llamar terapeutas cognitivos; básicamente es de acuerdo a la importancia relativa que le adjudican a las determinantes del comportamiento (citado en Légeron y Van Rillaer, 1999).

Se presentan los dos tipos de terapia para observar los modelos propuestos para el abordaje de la esquizofrenia.

Terapia conductual.- La terapia conductual es una técnica psicoterapéutica que se apoya en la corriente teórica de la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social), teorías que son el fruto de la psicología experimental nacida en el siglo XIX de la mano de Wilhelm Wundt al crear el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig en 1879; aun así la historia de las terapias conductuales se inicia con la publicación del libro "*Psychotherapy by reciprocal inhibition*" de Joseph Wolpe en 1958 (citado en Légeron y Van Rillaer, 1999). En nuestros días existen diversas técnicas conductistas entre ellas: Las técnicas de exposición (desensibilización sistemática, exposición en vivo, prevención de la respuestas, interrupción del pensamiento e inmersión), Técnicas operantes (refuerzo, atribución de tareas progresivas, velado-guiado y programa de actividades) y por último las Técnicas inspiradas en la teoría del aprendizaje social (juego de roles, modeling -aprendizaje por imitación- y habituación a la respuesta) que en un principio se enfocaron solo al tratamiento de los trastornos de ansiedad, específicamente las fobias pero desde hace aproximadamente treinta años se han abierto a otros campos de aplicación (Mirabel-Sarron y Vera, 1997).

En la intervención de las psicosis esquizofrénicas, la terapia conductual se orienta hacia el entrenamiento de habilidades sociales mediante dos técnicas principales que son el juego de rol y la resolución de problemas. En el juego de rol, el paciente debe representar una habilidad social en una situación en la que se requiere; esto permite que se asegure de su aprendizaje a base de instrucciones o por imitación de modelos. La técnica de resolución de problemas enseña al paciente a enfrentar los obstáculos inesperados cuando la respuesta del entorno no es la esperada; con esto se espera que el paciente se motive a reflexionar y a analizar sus conductas-respuesta para que obtenga objetivos a corto y largo plazo sin efectos sociales negativos (Chambon y Marie-Cardine, 1997).

Hernández (1999) menciona que: *“el entrenamiento en habilidades sociales se fundamenta en dos consideraciones de distinto nivel. Por una parte, el déficit de los pacientes en su capacidad de adecuarse a los requerimientos de la vida social (relaciones interpersonales, manejo de problemas de supervivencia y adaptación a las dificultades de la vida diaria, etc) ... y por otra parte, la experiencia clínica confirma que estos síntomas (de disfunción social o negativos) son menos susceptibles de remitir con el tratamiento farmacológico, además de ser un importante predictor de recaídas”*. Uno de los programas de intervención de mayor aceptación es el de Liberman, el cual parte de la premisa psicológica conductual que dice que las conductas sintomáticas o desadaptadas se pueden reemplazar con el desarrollo de las habilidades sociales. Este programa se inicia con una valoración funcional de la conducta (analizando tanto las áreas deficitarias como las de mejores rendimientos) y se desarrolla con módulos de tratamiento y objetivos concretos, que se sujetan a evaluación (citado en Hernández, 1999).

Terapia cognitiva.- La corriente de terapia cognitiva nace de algunos psicoanalistas que se encontraban poco satisfechos con sus resultados terapéuticos, pero siguieron enfocados al “universo interior” de sus pacientes. Hacia 1955 el psicólogo de origen Estadounidense Albert Ellis, desarrolla la idea de que los pacientes neuróticos se encuentran sufriendo a causa de sus “creencias irracionales”. Su modelo terapéutico lo basó en la premisa estoica de Epicteto la cual refería que las perturbaciones emocionales o lo que perturba al hombre no son las cosas o las situaciones en si mismas, sino las interpretaciones que se les dan. A la terapia

que se centra entonces en la modificación del esquema cognitivo del paciente le da el nombre de "Terapia racional" y posteriormente "Terapia racional-emocional" (citado en Lega, 1991).

Otro pionero en la terapia cognitiva (y quien utilizó por primera vez esta designación) fue Aaron Beck de la Universidad de Pensilvania, quien al inicio de la década de los sesenta comienza a analizar los esquemas de pensamiento disfuncionales que producen los trastornos depresivos y neuróticos, ya que según su teoría, todos los síndromes psicopatológicos se caracterizan por errores de percepción y de interpretación, la psicoterapia que desarrolla entonces se enfocaba en el reemplazo de los esquemas que provocaban el problema por otros que se elegían de manera meditada (citado en Légeron y Van Rillaer, 1999).

El objetivo de la terapia cognitiva orientada a la intervención de pacientes psicóticos y principalmente esquizofrénicos, busca darle al paciente un significado personal a sus síntomas (principalmente positivos) relacionándolos con su historia personal, trata de modificar el sistema de creencias del paciente e inducirlo hacia una visión menos pesimista y libre de prejuicios del mundo, de los demás y de si mismo; también busca que el paciente adquiera conciencia de la diferencia entre sus creencias y la realidad objetiva; todo esto obtenido mediante seis fases las cuales se comentan a continuación:

1. Creación de una alianza terapéutica y posteriormente una evaluación y conceptualización cognitiva, esto es que el terapeuta indaga la historia del paciente con el propósito de descubrir los pensamientos automáticos y los esquemas cognitivos más relevantes.
2. Explicación de un modelo de la enfermedad (estrés-vulnerabilidad) y la presentación de argumentos a favor de la toma de neurofármacos, llevándose a cabo mediante un descubrimiento guiado sin llegar a confrontar al paciente.
3. Intervención cognitiva en las alucinaciones y luego en el delirio, mediante el uso de técnicas cognitivas como el "examen de hechos y pruebas" demostrándole al paciente con evidencia real lo erróneo de sus creencias; en un primer momento se trabajan con las alucinaciones como síntomas más abordables.

4. Trabajo a nivel de los esquemas y discusión sobre las creencias disfuncionales como consecuencia de un esquema subyacente .
5. Tratamiento de los síntomas negativos y las dificultades sociales. En esta fase se trabaja con técnicas conductuales en entrenamiento de habilidades sociales.
6. Seguimiento y prevención de las recaídas. Este es un punto importante para el futuro del paciente ya que de esto dependerán muchas de las recaídas que puedan presentarse. Durante las sesiones se explicaran los síntomas que pueden iniciar una recaída, así como a identificar circunstancias, pensamientos y emociones que estimulen una recidiva; la enseñanza de diversas estrategias para el autocontrol de síntomas persistentes y fomentar el apego terapéutico al tratamiento neuroléptico (Chambon y Marie-Cardine, 1997).

Algunos de los programas más importantes que se han desarrollado de tipo cognitivo se presentan a continuación:

El modelo de Intervención Psicológica Integrada (IPT) propuesto por Brenner y colaboradores (1995), incorpora distintos aspectos de lo cognitivo y lo conductual y pretende influir sobre los círculos viciosos de interacción entre las variables cognitivas y sociales; este se conforma por cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Otro importante trabajo es el de Birchwood y Tarrier (1995) quienes mediante el tratamiento comunitario y la aplicación de terapias cognitivas (potenciación de la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas) y conductuales (entrenamiento en habilidades sociales), han obtenido resultados muy relevantes que se presentan a continuación a manera de síntesis:

- Las intervenciones cognitivas disminuyen y en algunos casos suprimen la convicción que tiene el paciente de sus ideas delirantes así como el nivel de ansiedad que se asocia a estas ideas. El cambio por lo regular es duradero (se comprobó en seguimientos de seis meses máximo) y en ocasiones se acompaña de generalización de estímulos (una idea delirante no tratada, llega a atenuarse como consecuencia de una intervención sobre otra idea delirante).

- La supresión de ideas delirantes no repercuten en la aparición de nuevos síntomas psicóticos compensatorios o que el tono depresivo del paciente se agrave, por el contrario disminuye.
- Para muchos de los pacientes tratados, relacionan los resultados terapéuticos con el cambio experimentado a nivel cognitivo.
- El efecto terapéutico de las intervenciones que utilizan la técnica del cuestionamiento socrático es mejor al que utilizan la confrontación; aunque en los dos tipos de intervención disminuye la convicción de la idea delirante en la técnica socrática produce un cambio psicológico que sigue repercutiendo a un después de terminar con el tratamiento (Chambon y Marie-Cardine, 1997).

Psicoterapia de grupo

En 1909, T. Burrow comienza a considerar el psicoanálisis de grupo a partir de haber asistido a unas lecciones de Freud. Pensaba que el psicoanálisis estaba demasiado centrado en el individuo y que era necesario reintroducir las influencias sociales que eran parte importante en la etiología de las enfermedades mentales. Slavson en 1934 propone un trabajo en grupo con niños que después se extenderá a los adolescentes y adultos. En la misma década Schill, Schilder y Wender describirán trabajos de psicoanálisis en grupo para pacientes de personalidad límite. Luego en los cuarenta se realizan investigaciones paralelas por una parte en Estados Unidos Lewin en psicología social y en Londres Bion y Foulkes por otra. Con soportes teóricos diferentes, Bion se acercará a los trabajos de M. Klein y Foulkes y Lewin a los principios de la Psicología de la forma (Gesthalteorie). Más tarde en la década de los sesenta, en Francia dos psicoanalistas, Pontalis y Anzieu reconocen el valor del grupo para el individuo; mencionando que el grupo es un espacio donde los individuos realizan sus deseos infantiles inconscientes, como ocurre en el sueño. Las investigaciones que ahora se realizan en Francia, tratan de integrar las teorías de Bion y Foulkes así como las de autores argentinos: Pichon Riviere y Bleger, el cual en 1971 describe la existencia de dos tipos de

sociabilidad en el grupo, una denominada sincrética y la segunda: "sociabilidad por interacción" (citado en Wolberg, 1977; Privat y Cols., 2001).

La terapia de grupo esta indicada para pacientes que se conocen poco a si mismos, para las personas dependientes y para aquellos que tiene problemas de socializar así como problemas de identidad (como pasa con los pacientes esquizofrénicos), los resultados terapéuticos mas rápidos se han encontrado en grupos de niños, de adultos psicóticos y en pacientes límite. La terapia de grupo básicamente consiste en grupos de seis a ocho personas las cuales pueden ser de sexos opuestos que pueden reunirse mínimo una vez a la semana por una hora y media, aproximadamente. Se forma un circulo en donde los analistas se integran de igual forma, invitando a los pacientes a que participen con cualquier tema que quieran expresar. Antes de comenzar se exponen las reglas como son: horarios, días de descanso o vacaciones así como la duración del grupo (regularmente indeterminado), además de las siguientes normas de funcionamiento: la primer norma llamada "asociación libre" trata de no censurar cualquier pensamiento, sentimiento o emoción que se desee expresar con los demás para promover un libre intercambio. La segunda norma se refiere a la discreción con la que deben conducirse los pacientes frente a lo revelado en la sesión ya que si no es respetada el libre intercambio se vera afectado. La tercera norma sugiere que haya abstinencia de relaciones personales entre los pacientes, de tal manera que no se encuentre comprometido para expresarse libremente. La siguiente se vincula con la anterior al sustituir al miembro o miembros que se impliquen en una relación. Y por último la regularidad de la asistencia como parte importante del tratamiento grupal ya que se ve afectada por la irregularidad asistencial de sus miembros (Privat y Cols., 2001).

El trabajo analítico esta dirigido a conocer el tipo de interacciones de los pacientes en el "aquí y ahora" y simultáneamente conocer el contenido de sus expresiones (de pensamiento, de sentimiento o de tipo emocional) que intercambian entre ellos. De esto se desprende la modificación de posibles disfunciones. Así el análisis intersubjetivo permite abordar los conflictos internos, con una vía alterna hacia el campo inconsciente del sufrimiento psíquico. En fin, el espacio analítico del grupo ofrece una dimensión terapéutica específica al delimitar un exterior y un interior al relacionar lo interno del sujeto con la realidad exterior del grupo. El

mecanismo esta puesto, es psicoanalítico y psicosocial al ser una espacio de expresión, un lugar de "metabolización de la realidad psíquica y la realidad externa" y un proceso de identificación. Influirá asimismo en la reestructuración de las formaciones del inconsciente así como en el modo de adaptarse socialmente por medio del aprendizaje por la experiencia (Wolberg, 1977; Privat y Cols., 2001).

Psicodrama

El psicodrama es creado a partir de la experiencia teatral de Moreno en la década de los sesenta. En este método el paciente debe de representar un papel o un rol de manera teatral (generalmente de situaciones que le causan conflicto, así como deseos, temores y actitudes), con esto se pretende que se facilite la expresión y el desfogue de emociones, produciendo un efecto catártico; a causa de esta representación, el paciente se desensibiliza de sus propios conflictos internos y además se prepara para las contingencias futuras. Así esta técnica no esta centrada en el conocimiento del yo, sino en el deseo de reforzar sus capacidades de autoafirmación (citado en Wolberg, 1977).

Para iniciar un psicodrama se recomienda que en una primera entrevista se evalúen los conflictos, las defensas y resistencias así como su funcionamiento mental, además de explicarle al paciente en que consiste el psicodrama. Se proponen una o dos sesiones iniciales de prueba, con el objeto de facilitar la aceptación del paciente o para aquellos pacientes que temen relacionarse por sus suspicacias al pensar que es una posible trampa. La duración de las sesiones es de veinte a treinta minutos una vez a la semana como mínimo. El equipo terapéutico ideal es de cuatro a ocho integrantes como máximo y se compone de un coordinador o líder que hará la función del analista al exponer las normas de funcionamiento, garantizar el escenario y asegurar la función interpretativa al introducir sugerencias o preguntas y de uno o más "yo-auxiliar" o co-terapeutas los cuales deberán ser empáticos con el paciente y entender el sentido latente de la representación teatral que lleva a cabo para posteriormente representar este contenido inconsciente de su expresión corporal; también se comportan como los pacientes para poder invitarlos a que reaccionen

espontáneamente manifestando ideas y pensamientos que se cree no pueden expresarse (Jeammet y Cols., 1998).

El elemento principal es la escena propuesta por el paciente y a los terapeutas auxiliares que elige; la escena espontánea que el paciente plantea es un equivalente a la libre asociación. En ocasiones el terapeuta hará que el paciente reaccione los puntos más importantes del conflicto. El paciente llega también a representar papeles de gente significativa en su vida como sus padres o hermanos. El material obtenido en la sesión se usa en sesiones posteriores. Aunque el psicodrama es de valor catártico emocional también puede ayudar al paciente en la comprensión de sus problemas en la medida que estos son reflejados por el "yo auxiliar" en la actuación de estos sin embargo el psicodrama no solo busca exteriorizar conflictos sino nuevamente interiorizarlos e integrarlos para su elaboración. Por último se debe mencionar que el psicodrama se puede complementar con una psicoterapia individual que ayude al paciente a que obtenga conocimiento más profundos de sus patrones de conducta (Wolberg, 1977; Jeammet y Cols., 1998).

La psicoterapia de grupo así como el psicodrama ha sido usado para el tratamiento del paciente esquizofrénico paranoide, en el área del Hospital parcial de fin de semana y de día perteneciente al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Psicoanálisis

El término lo introduce Freud por primera vez en 1896 en un artículo en francés sobre la etiología de la neurosis y posteriormente tiene diversos precursores; sin embargo sería imposible presentar de manera exhaustiva la definición de psicoanálisis por lo que comentaremos solo los tres niveles que se distinguen en esta disciplina. En un primer nivel el psicoanálisis es un método de investigación que consiste en desenmascarar los significados inconscientes de todo acto de un individuo (palabras, acciones, sueños, fantasías, delirios, etc). El método se basa principalmente en las asociaciones libres del individuo. En un segundo nivel el psicoanálisis se entiende como un método psicoterapéutico o de cura psicoanalítica al interpretar de manera controlada la resistencia, la transferencia y el deseo. Y en el último nivel se toma el psicoanálisis como un conjunto de teorías psicológicas y

psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por los dos anteriores niveles para la investigación y el tratamiento (citado en Laplanche y Pontalis, 1994).

Kolb en 1976 comentaba que el psicoanálisis como tal nunca había dado resultados satisfactorios en el tratamiento de la esquizofrenia, como lo hizo con la neurosis, pero modificando la técnica se podría obtener éxito en estos pacientes.

El psicoanálisis, actualmente, propone una técnica de manejo frente a los pacientes psicóticos y principalmente esquizofrénicos la cual llaman "maternalización" esta se basa en el supuesto etiológico de que las psicosis se relacionan con las frustraciones precoces que sufre el individuo durante su primera etapa infantil frente a la madre y que son de aspecto principalmente oral. La técnica en resumen trata de entablar una relación paciente-terapeuta en forma similar a la que entablaría una "madre buena" y su hijo y se puntualiza en lo siguiente: a).- la relación no trata de reconstruir en toda su realidad la relación de la madre y el lactante y segundo la maternalización exige del terapeuta no solo una actitud maternal sino un compromiso afectivo, esto es, que no solo necesita comprensión el paciente que se encuentra ávido de ser colmado de satisfacciones, necesita un terapeuta que sienta el deseo de ayudarlo como una madre ayuda a su hijo desvalido (Laplanche y Pontalis , 1994).

Psicoterapia breve

En estos días en los que la productividad es una palabra muy importante para la sociedad capitalista y en donde se le exige a todo el mundo resultados concretos y visibles de su trabajo, las diversas psicoterapias breves nacen como respuesta a esta fuerte presión social; los pioneros en los principios de esta modalidad los encontramos en Alexander, French, Balint, Malan y Sifneos (citado en, Wolberg, 1977; y Gilliéron, 1997). Básicamente la técnica recurre a la focalización del problema psicológico central y a dos aspectos fundamentales: la investigación psicodinámica breve y la psicoterapia psicoanalítica breve que se desarrolla en cuatro sesiones de la siguiente manera:

En la primera sesión se investigan los elementos dinámicos que condujeron al paciente a la consulta, la relación que mantienen con su personalidad y las posibilidades de cambio; concluyendo la sesión con una interpretación a nivel de comentario. En la segunda y tercera

sesión se elaboran las reacciones del paciente con respecto a la interpretación inicial, cuando su organización tiene la estructura suficiente para reaccionar a una interpretación verbal. Si no fuera así las dos sesiones se utilizan para verificar la solidez de la alianza terapéutica.

En la cuarta sesión se decide el fin del tratamiento o el comienzo de otra forma de terapia con medicamentos o terapia de larga duración (Gillieron, 1997).

También dentro de las intervenciones breves se encuentra una de tipo familiar que usa el mismo modelo. En Gran Bretaña se estructuró un programa integrado por cuatro fases y enfocado a problemas que se pudieran identificar. Este se iniciaba con una exploración global de las características de la experiencia del episodio psicótico reciente del paciente, así como la identificación de dos o tres de los estresores mas importantes en ese momento. Posteriormente el terapeuta realizaba una interpretación de estos factores en sus aspectos de interrelaciones personales los cuales podrían tener una naturaleza estresante como por ejemplo: conflictos con alguna persona significativa con la cual convivía o personas cercanas; asimismo se puntualizaba en el hecho de no presionar con altas exigencias. En la segunda fase se enfatizaba en la elaboración de estrategias que llevara al paciente a evitar las circunstancias que lo estresaran así como la procuración de que los familiares cooperaran en esta meta. Para la tercera fase se evaluaban los resultados de estas estrategias y además se trabajaba en el mejoramiento de las mismas por medio de la enseñanza y el entrenamiento proporcionado por el terapeuta. La última fase consistía en prever circunstancias que pudieran tener un impacto negativo en el paciente ocupándose en las respuestas mas adecuadas frente a esas situaciones y también en el manejo de otras alternativas. En los grupos de pacientes que se aplicó este programa no presentaron recaídas en los primeros seis meses así como dos años después había una diferencia significativa en recaídas entre los pacientes que obtuvieron esta intervención y los que no la llevaron a cabo (citado en Hernández, 1999).

Terapia familiar

Las técnicas de intervención familiar surgieron a comienzos de siglo pero es hasta después de la segunda guerra mundial cuando comienza su verdadero desarrollo además del

nacimiento de diversas escuelas, que pueden resumirse en dos grandes vertientes: la sistémica y la psicoanalista familiar, las cuales solo comparten dos principios básicos: el reunir a toda la familia nuclear y el invitar, como prescripción, a por lo menos un miembro de cada generación. La escuela sistémica trata de producir efectos terapéuticos mediante la modificación del encuadre durante el proceso, por ejemplo: al reforzar los límites o crearlos entre la familia nuclear y una familia ampliada o "lejana" que sea demasiado intrusiva; al introducir nuevos miembros a las sesiones que el terapeuta considere que esta implicado o bien la escucha selectiva interesándose en la resistencia de la familia al cambio. En esta técnica las sesiones son limitadas y el papel del terapeuta es directivo. El psicoanálisis familiar por el contrario es totalmente diferente, ya que las sesiones son indefinidas pues el proceso dura de tres a diez años; el papel del terapeuta no es directivo, como lo es en la escuela sistémica, sino solo de escucha; y por último dentro de un encuadre el cual no se modificara lo que proporcionará seguridad. El objetivo principal de la terapia entonces será, como lo dice Eiguer (1992): *"sus interpretaciones (del terapeuta) no solo apuntan al "pasado", a la "reconstrucción" o a "las causas de la enfermedad", sino sobre todo, al desarrollo de las capacidades de asociación y de síntesis (de los miembros)"*.

Sin embargo se describen otros tipos de intervención familiar de tipo cognitivo-conductual que integran un tratamiento multimodal del paciente esquizofrénico. Este tipo de intervención inicia con dos sesiones de información a la familia y simultáneamente al paciente si en ese momento se encuentra hospitalizado. Dando énfasis a que la familia no es responsable de la enfermedad del paciente y en la importancia de la cooperación en el tratamiento del mismo. Posteriormente ya con el paciente integrado se trabaja en la comunicación de la familia y las pautas que la rigen; persiguiendo objetivos tales como: la escucha mutua, reducción del los tonos expresivos emocionales así como el aumento de la apertura a las sugerencias de los demás. Seguidamente a estas sesiones se entrena a los miembros, incluido el paciente, en la resolución de problemas (de cada uno de ellos) proponiéndoles soluciones reales y aplicables con sus problemas así como en la regulación de la expresividad emocional. Se procede a continuación a tratar elementos de alto riesgo en la comunicación familiar (criticismo, sobreimplicación/intrusión emocional) y se propone a la familia que el paciente no pase largo tiempo junto a ella y así propiciar la ampliación de la red de apoyo.

En un estudio realizado con tres grupos de pacientes esquizofrénicos se encontró que el grupo de pacientes que vivía en una familia que presentaba emoción expresada elevada y se le había proporcionado intervención familiar durante nueve meses presentó una menor tasa de recaídas frente al segundo grupo de pacientes que vivían con familias similares (elevada emoción expresada) y que solo se les había proporcionado atención de rutina y el tercer grupo que tenían una familia de emoción expresada baja con la misma atención de rutina; y aun en el seguimiento a 8 años persistían diferencias significativas (Birchwood y Tarrier, 1995)

Tratamiento combinado, integral o biopsicosocial

Con el éxito de los medicamentos, la psiquiatría se convirtió en una verdadera rama de la medicina ya que curaba el cerebro como cualquier otra parte del cuerpo, pero lamentablemente el tiempo mostró resultados negativos, los fármacos suprimían o modificaban los síntomas pero no impedían la aparición de otros así como las recaídas; traían además efectos colaterales (crisis de excitación motora y temblores) y por último producían efectos parciales en la población esquizofrénica, mientras que en unos se obtenía una mejoría espectacular, en otros solo modificaba la intensidad de los trastornos; por lo que la psiquiatría tuvo que abrirse a perspectivas más complejas debido al fracaso de la sola utilización de fármacos (Broustra, 1979). La psicofarmacología tuvo que pasar a ser solo una parte del tratamiento de la esquizofrenia.

Con estos antecedentes y la poca claridad de las causas que originan la enfermedad, la psiquiatría se une a la nueva perspectiva que la Medicina ya ha adoptado, la cual toma como base el modelo multicausal de la enfermedad, y busca formulas de integración de tratamientos, tomando en cuenta la aportación de las ciencias sociales (la Psicología principalmente), para actuar a nivel preventivo o terapéutico. Aunque contrariamente a lo que se piensa, la psiquiatría se une a este movimiento integrador, de manera tardía (hace poco menos de dos décadas), combinando el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, bajo la premisa de que ni los neurolépticos pueden mejorar directamente la calidad de las relaciones interpersonales, ni la psicoterapia puede por sí misma corregir las anomalías neurobiológicas subyacentes. (Fernández y cols., 1999)

Los modelos teóricos integradores, propuestos para poder atacar a la esquizofrenia se les ha llamado de "vulnerabilidad/estrés" que en un principio fueron propuestos por Zubin y Spring en 1977 y desarrollados posteriormente por otros investigadores, estos definen la vulnerabilidad como un conjunto de características (biológicas o psicosociales) estables que posee el paciente antes de la aparición de los síntomas y que siguen presentes aún después de que desaparezcan los mismos, síntomas que son desencadenados por la actuación de factores estresantes los cuales no pueden ser afrontados con una respuesta adaptativa por parte del paciente, por lo que todos los esfuerzos terapéuticos se encaminaron a disminuir la vulnerabilidad (mejorar funciones cognitivas tales como atención, memoria, eficacia en el procesamiento de la información, etc.) y controlar los factores de estrés (modificando las pautas de interacción entre familiares así como el clima en casa, regular el nivel de exigencia en sus actividades en cuanto a rendimiento, etc.) y reforzando o creando factores de protección (redes de apoyo, aprendizaje de habilidades sociales, entre otras) (citado Hardy-Bayle y cols., 1996 y Hernández, 1999).

Liberman en 1994, consideraba que para el diseño y desarrollo de un modelo de terapia psicosocial se incluyen tres características iniciales: la forma que podría tener la terapia, ya sea individual, grupal, familiar, milieu (tratamiento a través del ambiente) o de rehabilitación; el enfoque que se le puede dar: ya sea psicodinámico, conductual, sistémico, cognitivo-conductual o de apoyo; y por último el lugar o escenario en el que se lleva a cabo, el cual podría ser en la clínica, el hospital, el consultorio o el hogar. En donde los objetivos son desarrollar las habilidades interpersonales, mejorar la readaptación de los roles sociales, buscar la estabilidad laboral, manejar convenientemente el dinero, establecer relaciones afectivas y de pareja, mejorar el funcionamiento familiar y por último disminuir la sintomatología psicótica. Dentro de la terapia psicosocial la terapia de grupo es la que más se usa por efectiva cita O'Brien en 1984; porque le permite socializar, comunicarse, establecer lazos, vínculos y relaciones. Esta terapia se ha utilizado durante más de 60 años dice Malm en 1990; pero los resultados se reportaron hasta 1959 por Ayllon y Michel, por Parloff en 1959 y Wing y Brown en 1961 (citado en Valencia y cols., 2001). Dentro de los tratamientos integrales, las bases empíricas sobre su eficacia, fueron dados a partir de 1978 por Goldstein, el cual publicó resultados trascendentes, que obtuvo en el tratamiento

conjunto de neurolépticos e intervención familiar orientada a la crisis, al prevenir las recaídas de pacientes esquizofrénicos en los nueve primeros meses de su aplicación. Las experiencias de este tipo de tratamiento han dado diversos resultados, de los cuales se resaltan, por su importancia, los siguientes: disminuyó la tasa de recaídas y reingresos en un 60 a 75 por ciento durante el primer año de tratamiento, y a largo plazo perduraron las diferencias entre el grupo de pacientes tratados y el grupo control; por otra parte el paciente dejó de considerarse una carga familiar significativa, tenía una mejor aceptación y cumplimiento al tratamiento y por último el paciente logró sentirse satisfecho con el tratamiento al igual que la familia (Hernández, 1999).

Las modalidades que se integran con más frecuencia son las que incluyen intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales del paciente, elementos de psicoterapia dinámica, rehabilitación cognitiva y por supuesto el tratamiento neuroléptico como tratamiento base. En todos los casos el tratamiento integral se inicia tras un periodo de estabilización clínica y posterior al tratamiento farmacológico.

En México, en particular en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INP), desde principios de la década de los ochenta inició una línea de investigación psicosocial con pacientes con esquizofrenia; Valencia (1996), doctor en psicología clínica e investigador del INP, define la terapia psicosocial como la aplicación de procedimientos y técnicas en el paciente para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades o incapacidades afectadas por su padecimiento de manera que al reintegrarse con la comunidad pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria. Comenta Valencia que las cuatro consideraciones y criterios para diseñar el modelo terapéutico son los siguientes: el primero se refiere a la necesidad inalterable de que este englobe un manejo integral del paciente; la consideración de que en la enfermedad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; la identificación y definición de los factores psicosociales los cuales serían abordados en el tratamiento -definiendo a los factores psicosociales como aquellos aspectos que interfieren o no les permiten llevar a cabo todas aquellas actividades fundamentales para el desarrollo del funcionamiento humano- y por último la consideración

de algunos aspectos del trastorno esquizofrénico, como el proceso salud-enfermedad y el continuo incapacidad psicosocial-funcionamiento psicosocial.

El modelo propuesto por Valencia, esta conformado por dos características esenciales: por una parte el aspecto asistencial o psicoterapéutico -que se refiere al trabajo con los pacientes- desglosado en los siguientes puntos:

1. Enfoque: psicosocial
2. Elementos: definición de terapia psicosocial. Formulaciones terapéuticas. Manejo psicoterapéutico
3. Objetivos: Adquisición de habilidades para resolver las incapacidades. Mejoramiento del desempeño de roles y disminución de la sintomatología.
4. Manejo: biopsicosocial
5. Áreas: autocuidado, orientación ocupacional, relaciones sociales aspectos económicos, área sexual, y de pareja, orientación familiar, actividades recreativas y deportes, control de síntomas y medicamentos. Factores asociados: características de la enfermedad recaídas, rehospitalizaciones, adhesión terapéutica.
6. Modalidad: terapia individual, grupal, de pareja y familiar.
7. Duración: Para los agudos de 4 a 6 semanas y para los crónicos de 6 meses a un año
8. Personal: Equipo interdisciplinario (en donde el psicólogo clínico desempeña un papel preponderante).
9. Capacitación: Entrenamiento al equipo interdisciplinario en técnicas de intervención y evaluación.
10. Y por ultimo la evaluación e investigación de la aplicación de la intervención psicosocial.

y el segundo aspecto se refiere a la evaluación de la intervención.

También, Valencia menciona seis principios fundamentales: el primero se refiere a la definición de la terapia psicosocial; segundo: entender el proceso de la enfermedad; tercero: tener conciencia de enfermedad; cuarto: aceptar la necesidad de recibir la terapia psicosocial; quinto: participar en la terapia psicosocial y por ultimo establecer su

funcionamiento psicosocial en la comunidad. Como objetivos terapéuticos incluye: que el paciente adquiera habilidades para resolver sus incapacidades, mejorar su desempeño de roles y por lo tanto su funcionamiento psicosocial, disminuir su sintomatología y adquirir un mejor conocimiento de la enfermedad. Dentro de los objetivos existen dos aspectos fundamentales; a).- el control de la sintomatología psicótica y b).- el abordaje de las incapacidades psicosociales por medio de la terapia psicosocial.

Para los pacientes agudos las áreas de tratamiento son: autocuidado, orientación ocupacional, habilidades sociales, control de síntomas y medicamentos y actividades recreativas y deportes. Para los pacientes crónicos las áreas son: ocupacional, social, económica, sexual, de pareja y familiar (Valencia y cols., 2001).

En la actualidad existen múltiples programas de intervención como aquellos dirigidos a reducir el estrés procedente del entorno, a través de las intervenciones familiares e individuales partiendo de las intervenciones breves y prolongadas; otros tratamientos integrados contienen intervención familiar que es un factor común, así como la valoración global. Finalmente, las intervenciones centradas en el paciente, con tratamientos tanto individuales y grupales, donde hay que destacar la psicoterapia dinámica y las terapias cognitivas.

En nuestros días el tratamiento de la esquizofrenia se intenta con menos pesimismo y su éxito depende de muchos factores tales como: la iniciativa, la energía y el esfuerzo del equipo terapéutico (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras), los métodos psicóticos para pensar y sentir del enfermo, la red de apoyo familiar y la aceptación por parte de la sociedad (Kolb, 1976; Africa y Schwartz, 1995; Garnica, 1999).

1.4. El empleo y sus beneficios psicológicos.

Se sabe muy poco acerca de lo que fue el trabajo desde sus comienzos, la arqueología y la antropología, ciencias que pudieran proporcionarnos información precisa o análoga, se ha avocado a otras áreas de interés, sin embargo la poca información existente nos dice que el hombre ha tenido variadas concepciones tanto en las diferentes sociedades como en las cambiantes épocas. Los intereses que mueven los actuales estudios, buscan resolver la incógnita del porque de la existencia de diversos significados del trabajo, porque aun hoy en día, cada miembro de las diferentes sociedades posee una concepción desigual; muchas de las cuales reflejan los antiguos vestigios que han sobrevivido en los individuos aun a pesar del paso del tiempo; todo lo que se sabe sobre el trabajo en otros tiempos, proviene de las pocas evidencias con las que se cuenta y aun no tenemos la seguridad si en realidad es algo verdadero o solo meras interpretaciones (Neff, 1972).

La palabra "trabajo" con el significado que hoy conocemos proviene del siglo XV, ya que anteriormente su significado derivaba de la etimología "tripalium = instrumento de tortura"; ahora denota una labor o una acción (Defer y cols., 1994). Existen definiciones muy simples que explican al trabajo como cualquier esfuerzo humano con la intención de modificar el ambiente físico; estas definiciones solo se han formulado para verificar otros factores inmiscuidos (Udy, 1970); Neff (1972) habla del trabajo como una actividad fundamentalmente humana, pues no solo procura obtener los medios para sobrevivir como cualquier otro miembro del reino animal sino que transforma el mundo en el que vive para satisfacer sus necesidades; reconoce además, que no es una actividad natural ya que los seres humanos deben aprender a ser trabajadores; también es una manifestación social que conlleva normas, rituales, costumbres, exigencias, tanto internas como externas, tanto expresas como latentes; conjuntamente con expectativas al efectuarse con un propósito, un objetivo, que en realidad es la obtención de "algo", no es un fin en si mismo; en esta actividad se ponen en juego todos los procesos psicológicos de que es capaz el individuo al exigir cierta capacidad cognoscitiva-motora, paralelamente con los sentimientos y las emociones.

Diversos investigadores coinciden en que el trabajo es algo indispensable para la autoestima y la confianza para los individuos (Neff, 1972; Watts y cols., 1990); Jacques en 1967

mencionaba que una persona que trabaja se enfrenta con las capacidades personales reales para ejercer su juicio, ser responsable y así alcanzar resultados concretos (citado en Morgan, 1990); además le proporciona una medida de su cordura al vincularlo con la realidad de su medio exterior y la percepción interior de esa misma realidad, ya que implica algunas funciones psicológicas de primero orden como la capacidad de percibir claramente las necesidades de las demás personas, así como de ser regular y confiable en los hábitos sociales (Watts y cols., 1990). Por otra parte el trabajo siempre ha estado muy relacionado con la forma en que los individuos se identifican a si mismos y son identificados por otros (Neff, 1972); es parte esencial de la confianza de mucha gente así como de sus metas y aspiraciones para llevar una vida social normal (Watts y cols., 1990).

Sin embargo a pesar de que desde la época de Hipócrates y Galeno ya se reconocían las propiedades saludables del trabajo, los estudios sobre estos efectos son recientes: John Conolly en 1847 y Simon de Gutersloh en 1927, reportaron estudios en el caso de los enfermos con trastornos mentales y en el caso de las afecciones físicas Varrier-Jones y Woodhead, fueron los pioneros en 1918. Últimamente diversos estudios apoyan la utilización del trabajo en el tratamiento del paciente psiquiátrico: Wing y colaboradores en 1964, mencionan en un informe minucioso el trabajo realizado con un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos a los cuales se les proporcionó preparación social y laboral de manera continua y cada vez más compleja; este grupo en contraste con un grupo control, adquirieron habilidades sobresalientes y al ser dados de alta la mayoría del grupo experimental logro mantenerse estable y pudieron posicionarse en un empleo. En otro estudio comparativo realizado por Hamilton en 1964 con tres grupos de pacientes masculinos esquizofrénicos, los cuales seguían terapia ocupacional, trabajo industrial y el tercer grupo no se encontraba en ningún tratamiento; observó que los pacientes que se encontraban realizando un trabajo real o industrial mostraban mejoría en el rendimiento intelectual, en la destreza, en sus reflejos al tener tiempos más rápidos de reacción así como en el mejoramiento de sus capacidades sociales. Así también se recomendaba que al paciente se le debería de relacionar mas con circunstancias de la vida laboral industrial, como son el trabajo socialmente importante y aceptado, supervisión masculina centrada en la producción, cumplimiento de horarios y salario según resultados; esto se ve reforzado por la investigación

de Miles en 1971 en la cual estudió a un grupo de 50 pacientes esquizofrénicos que dividió en dos subgrupos, dependiendo de su edad, duración de la hospitalización y severidad de la enfermedad. Llegó a la conclusión de que la disponibilidad para el trabajo y las habilidades en el mismo trabajo mejoraban más en la unidad industrial del hospital que en su área de terapia ocupacional. Los pacientes de la unidad industrial aumentaron sus amistades y muchos consiguieron amigos ya que era más frecuente que las amistades se integraran en el trabajo que en otros lugares y fomentado por la cooperación entre los pacientes como parte vital del proceso laboral. Además los pacientes se sentían orgullosos de enseñar a los pacientes noveles. Estas secuelas no fueron reportadas en ninguna otra área de terapia ocupacional (Citado en Morgan, 1990).

En un estudio realizado por Cohí (1990) con una muestra de 42 pacientes esquizofrénicos, en el que se compararon tres tipos de tratamiento: a) tratamiento farmacológico; b) tratamiento farmacológico-taller protegido y c) tratamiento farmacológico-centro de rehabilitación; el de mejor resultado fue el segundo al expresar una mayor conciencia de tratamiento así como el reflejo de una mejor calidad de vida en el paciente.

Cabe mencionar las conclusiones del estudio efectuado por Early en 1963, quien informa de una manera consistente, que los pacientes esquizofrénicos paranoicos, son los que mejor se desempeñan frente a aquellos quienes padecen trastornos afectivos, frente a otro tipo de esquizofrénicos, frente a los retrasados mentales y los psicópatas (los cuales se desempeñan de una manera intermedia) y por ultimo frente a los epilépticos idiopáticos, quienes poseen el peor desempeño (citado en Morgan, 1990).

Es importante señalar que el trabajo debe ser usado de manera inteligente; a principios de siglo (1914) Reid mencionaba que el trabajo podía causar un gran deterioro en un paciente con trastorno mental o bien ser un recurso importante en la terapia para el tratamiento, según se aplicara científicamente o no. Early en 1968 expresaba que el trabajo industrial no podía convertirse en un fin en sí mismo porque entonces el paciente se beneficiara poco o nada (citado en Bennet, 1990).

Una de las desventajas de utilizar la actividad laboral en el tratamiento es la sobreestimulación pues al recibir los pacientes mas estímulos de los que pueden soportar pueden reaparecer síntomas floridos de la enfermedad; y por otra parte el trabajo debe organizarse de manera que proporcione el máximo de interacción social y el sentido de formar parte de un grupo; porque la consecuencia de una terapia mal organizada y que realiza el mismo trabajo rutinario todos los días, no estará muy lejos de la experiencia terapéutica que reinaba en los pabellones hospitalarios anteriormente. Un ejemplo ilustrativo de cómo aplicar la terapia industrial a los pacientes psiquiátricos es la experiencia de "O' Connor y Rawnsley en 1959, quienes al intentar aplicar el programa de tratamiento de entrevistas e incentivos sociales a pacientes esquizofrénicos paranoicos, solo obtuvieron más negativismo por parte de estos, y llegaron a la conclusión de que este tipo de pacientes responderá mejor a un régimen en el que se ponga a su alcance experiencias que reporten beneficios sociales, pero sin imponérselas (citado en Morgan, 1990).

En fin, proporcionar trabajo a los pacientes en vez de dejarlos desocupados les ofrece la oportunidad de lograr un comportamiento socialmente productivo, fomenta el trato social retribuyéndoles un mejor desenvolvimiento comunitario; al aceptar su capacidad de laborar, reduce su sentimiento de incompetencia social que pudo haber vivido como paciente, esto le motiva y le anima; le ayuda a estructurar de manera útil su tiempo y por último, al desarrollar sus capacidades, mejora sus incapacidades primarias y le impide que surjan otras de tipo secundario (Morgan, 1990).

Ante estas divergencias sobre lo positivo o negativo que puede resultar para los pacientes esquizofrénicos el estar o no trabajando es que se propone realizar la investigación siguiendo el proceso metodológico que a continuación presenta.

Capítulo 2

2.1. Metodología

2.1.1. Planteamiento del problema

Objetivos.-

1. Determinar si existen características de tratamiento que difieran significativamente entre pacientes esquizofrénicos paranoides empleados y desempleados de un servicio de hospital parcial de fin de semana. La investigación incluirá las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad; y variables de tratamiento: edad de inicio de enfermedad y número de hospitalizaciones.
2. Identificar los tipos de trabajos que desempeñan los pacientes esquizofrénicos paranoides empleados, determinando en que tipo de trabajo se desempeñan en su mayoría.

Preguntas de investigación.-

- ❖ ¿Existen diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos paranoides empleados y pacientes esquizofrénicos paranoides desempleados, en aspectos tales como sexo, edad, escolaridad, estado civil, edad de inicio de enfermedad y número de hospitalizaciones?
- ❖ ¿En que tipos de trabajo se desempeñan los pacientes esquizofrénicos paranoides empleados y en cual de ellos se encuentra la mayoría laborando?

Justificación.-

Uno de los principales intereses de terapeutas y familiares de pacientes esquizofrénicos paranoides es que el individuo recupere su autonomía e independencia a través del tratamiento, donde la ocupación laboral puede resultar un apoyo importante. Algunos pacientes del servicio del Hospital parcial de fin de semana han logrado emplearse, otros lamentablemente no. De esta discrepancia se ha generado el interés por saber que características poseen los pacientes que laboran y los que no lo hacen. El estudio ayudará a

conocer algunas de estas características entre pacientes empleados y aquellos pacientes que no cuentan con un empleo, para poder comunicar a terapeutas y familiares sobre el probable pronóstico en el área laboral de un paciente esquizofrénico paranoide. Asimismo informar en que tipo de empleos se encuentran laborando usualmente los pacientes esquizofrénico paranoide y orientar hacia un área específica de trabajo, a aquellos pacientes que no cuentan con un empleo.

2.1.2. Hipótesis

Hipótesis de investigación

Hipótesis de diferencia de grupos, descriptiva.

“Los pacientes esquizofrénicos paranoide empleados difieren significativamente frente a los pacientes esquizofrénico paranoide desempleados, en variables sociodemográficas tales como: sexo, edad actual, estado civil y escolaridad; así como en variables de tratamiento como: número de hospitalizaciones y edad de inicio del padecimiento”.

Ho. “El número de hospitalizaciones es significativamente mayor en los pacientes esquizofrénicos desempleados que en los pacientes esquizofrénicos empleados”.

Ho. “La edad de inicio de la enfermedad es significativamente más tardía en los pacientes esquizofrénicos empleados que en los pacientes esquizofrénicos desempleados”.

2.1.3. Definición de variables

Definición conceptual de Trabajo.-

El trabajo se define como una actividad esencialmente humana que se realiza con la finalidad de conseguir los medios para subsistir y al mismo tiempo, poder conservar la propia vida; y si es necesario modifica el medio físico para conseguir sus objetivos. (Neff, 1972, p. 103)

Definición conceptual de desempleo.- Paro forzoso (Real Academia Española, 2001).

Definición conceptual de Hospitalización.- Traslado y permanencia de un enfermo en un hospital donde puede recibir un tratamiento adecuado (Mascaró, 1983).

Definición conceptual de Inicio de enfermedad.- Relativo al comienzo de una enfermedad o proceso (Mascaró, 1983).

Definición operacional de Trabajo.-

Todo aquel paciente esquizofrénico paranoide que realice un oficio o tenga una ocupación, obteniendo una retribución monetaria o en especie. Se descarta toda actividad en el hogar como realizar el aseo de la casa, lavar, planchar, y en general toda actividad adicional que desempeñe cualquier persona dentro del hogar sin una recompensa monetaria. Se incluyen los pacientes que tengan un taller dentro de la casa o que en su mismo domicilio, desempeñen su empleo. Cabe aclarar que se tomará la palabra: "empleo" como sinónimo de trabajo.

Definición operacional de desempleo

Todo aquel paciente que no desempeñe un empleo o trabajo, entendiéndose como empleo o trabajo la definición operacional que se menciona arriba.

Definición operacional de Hospitalización.- El número de hospitalizaciones desde el inicio de la enfermedad, reportadas en el expediente clínico perteneciente a la institución.

Definición operacional de Inicio de enfermedad.- La edad en que el paciente presenta el padecimiento y que fue reportado en la historia clínica.

2.1.4. Sujetos

La muestra la integran dos grupos de pacientes esquizofrénicos paranoides de tipo ambulatorio; el primer grupo se conforma de 75 pacientes desempleados al momento del estudio, de los cuales 21 son mujeres y 54 son hombres, con un rango de edad entre 19 y 55 años, con residencia en el Distrito Federal y área metropolitana. El segundo grupo lo conforman 52 pacientes que cuentan con un empleo al momento del estudio, de los cuales

15 son del sexo femenino y 37 pertenecen al sexo masculino, con un rango de edad de 19 y 55 años, con residencia en el Distrito Federal y área metropolitana. Ambos grupos acuden en forma regular al Servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana, perteneciente al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud. Los pacientes fueron valorados y diagnosticados por consulta externa, hospitalización continua, hospital de día o urgencias del mismo nosocomio, de acuerdo a los criterios del DSM-IV para la esquizofrenia paranoide y finalmente canalizados a este servicio.

2.1.5. Muestreo

Para cumplir con dicho propósito se seleccionó una muestra no probabilística, al tomar el total de la población de pacientes esquizofrénicos paranoides que asisten al servicio de Hospital parcial de fin de semana en el ciclo 2002.

2.1.6. Tipo de estudio

Se describen y comparan dos grupos de pacientes esquizofrénico-paranoides empleados y desempleados, por lo que el estudio es de carácter descriptivo. El estudio además es de modalidad transversal al realizarse en un momento específico de la existencia de cada uno de los sujetos. También es un estudio de tipo ex post facto ya que el fenómeno a estudiar (empleo-desempleo) es algo que ya estaba presente en los sujetos y sobre la cual el investigador no ejerció ninguna influencia.

2.1.7. Diseño

Puesto que se observó un fenómeno tal y como se presenta en la realidad y no se construyó una situación para manipular variables es una investigación de diseño no experimental, transeccional y descriptiva.

2.1.8. Fuente de información

Se revisaron los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes extrayendo los siguientes datos: sexo, edad, origen, estado civil, escolaridad, ocupación, número de ingresos al hospital y edad de inicio del padecimiento. En los casos que no se encontró la información se recurrió a la entrevista directa con pacientes o familiares de los mismos.

2.1.9. Escenario

El lugar donde se realizó esta investigación fue en un contexto clínico, en el área de Hospital Parcial de Fin de Semana, perteneciente al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud. Este brinda atención los días sábados y domingos exclusivamente a pacientes ambulatorios esquizofrénicos de tipo paranoide, con una periodicidad semanal y trabaja bajo un concepto de atención multimodal, integrando las siguientes actividades: grupos de orientación y atención terapéutica, intervención familiar, taller de resolución de problemas, grupos de transición, dibujo artístico, psicodrama y atención terapéutica individual, así como el seguimiento farmacológico correspondiente.

2.2.0. Procedimiento

Se llevó a cabo una revisión de expedientes clínicos para posteriormente realizar una clasificación de aquellos pacientes que se encontraban desempleados y aquellos que contaban con un empleo, para después analizar la información de acuerdo a las categorías tales como: edad, sexo, tipo de ocupación, estado civil, edad de inicio de enfermedad y número de hospitalizaciones; contrastándolas entre los dos grupos; la información faltante se recabó de la entrevista directa con los pacientes o con los familiares de los mismos.

2.2.1. Análisis estadístico de los datos

Se realizó un análisis de distribución de frecuencias con el objetivo de conocer los porcentajes de cada variable en cada uno de los grupos.

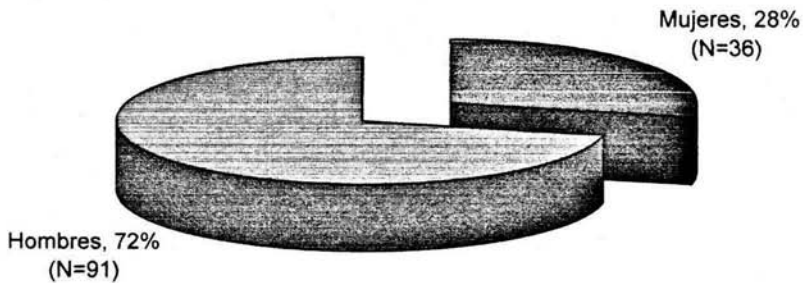
Se utilizó la "t" de student para poder conocer si existía diferencias significativas entre los diferentes grupos en cuanto a edad, edad de inicio de enfermedad, número de hospitalizaciones y escolaridad; además se usó la prueba de diferencia de proporciones para el caso de las categorías de sexo y estado civil.

Capítulo 3

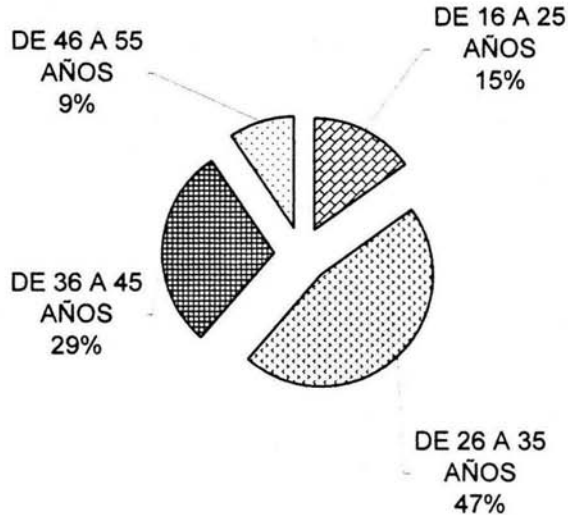
3.1. Resultados

La muestra final la conformaron 127 pacientes esquizofrénicos paranoides de los cuales 36 fueron mujeres y 91 fueron hombres (Gráfica 1); la Gráfica 2 presenta la frecuencia de edad por rangos, la mínima fue de 19 y la máxima de 55, con una media de 33.7 y una desviación estándar de 8.02.

Gráfica 1
Composicion de muestra
N=127



Gráfica 2
Edad de los pacientes



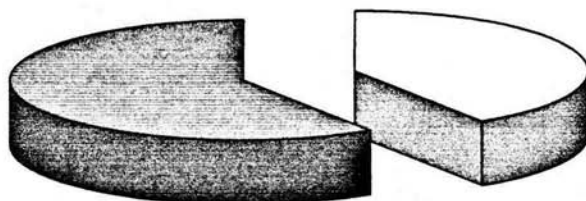
a).- Dentro del primer resultado se observó que el 59% de la población estaba desempleada (Gráfica 3). En el grupo de pacientes empleados (N=52), el porcentaje de mujeres empleadas fue del 29 %, y el de hombres del 71 % (Gráfica 4), aunque es evidente un mayor porcentaje por parte de los hombres, proporcionalmente no difieren significativamente; para este análisis se usó la prueba de diferencia de proporciones con un nivel alfa igual a: $.05=1.96=z$, el resultado fue de $.07$, número menor al nivel alfa, el resultado nos permite argumentar que no hay diferencia entre los géneros (Tabla 1).

Tabla 1

Tabla 1		
Hombres vs. Mujeres	Calculo	$\alpha=.05$
Empleados	0.07	1.96

Gráfica 3
Composición de muestra
N=127

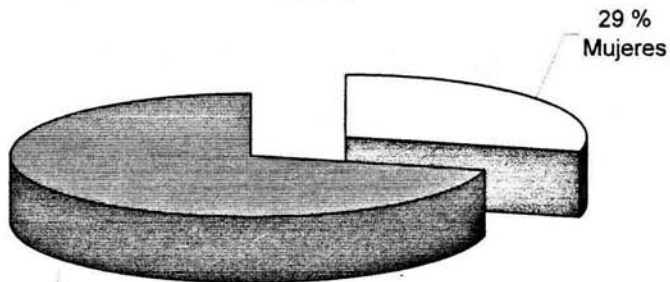
Desempleados
59%



Empleados
41%

Gráfica 4
Porcentajes de población trabajadora por sexo
N=52

71 %
Hombres



29 %
Mujeres

b). En la gráfica 5 se muestra la comparación de las medias de los dos grupos en cuanto a hospitalizaciones, en donde se observan diferencias; sin embargo al realizar la prueba "t" de student no existían diferencias estadísticamente significativas entre las dos medias. La media del número de hospitalizaciones del grupo de pacientes empleados fue de 1.46; con una desviación estándar de 1.93; la media del grupo de pacientes desempleados fue de 1.91 y una desviación estándar de 3.12 (Tabla 2).

Gráfica 5
Comparativo de medias de hospitalización entre
pacientes empleados y desempleados

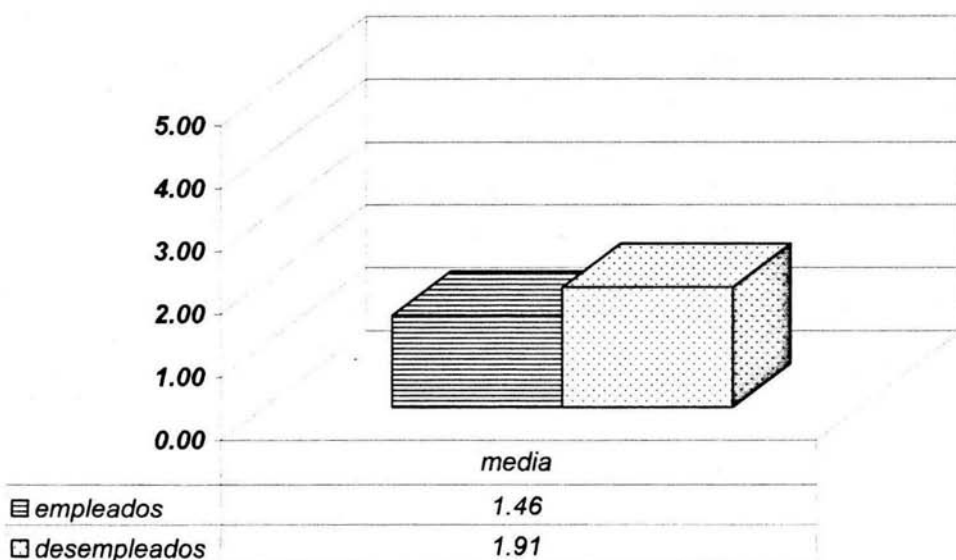


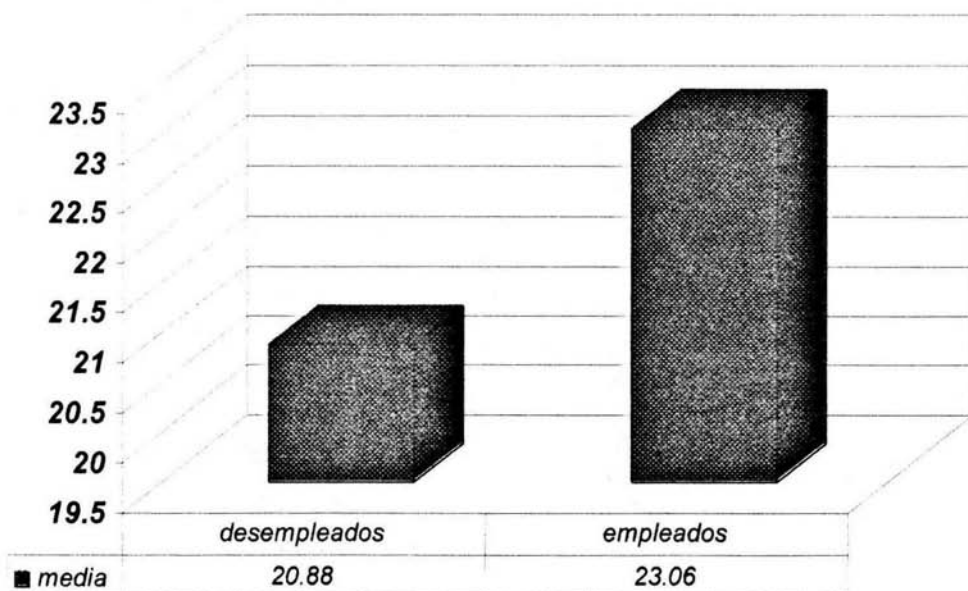
Tabla 2

	Empleados (n=52)		Desempleados (n=75)		g.l.	t	α .05
	media	d.s.	media	d.s.			
Hospitalizaciones	1.46	1.93	1.91	3.12	125	1.002665702	1.6577

c). Se encontraron diferencias significativas entre pacientes empleados y desempleados al comparar su edad de inicio de enfermedad, con un promedio de 23 años de edad (d.e.=7.73), por parte de los pacientes empleados frente a una media de 20 años (d.e.=6.08) del grupo de pacientes desempleados (Tabla 3); se muestra en la gráfica 6 la comparación de las medias de los dos grupos.

Edad de inicio de padecimiento	Empleados (n=52)	d.s.	Desempleados (n=75)	d.s.	g.l.	t	α .05
	media		media				
	23.06	7.73	20.88	6.08	125	1.70126	1.6577

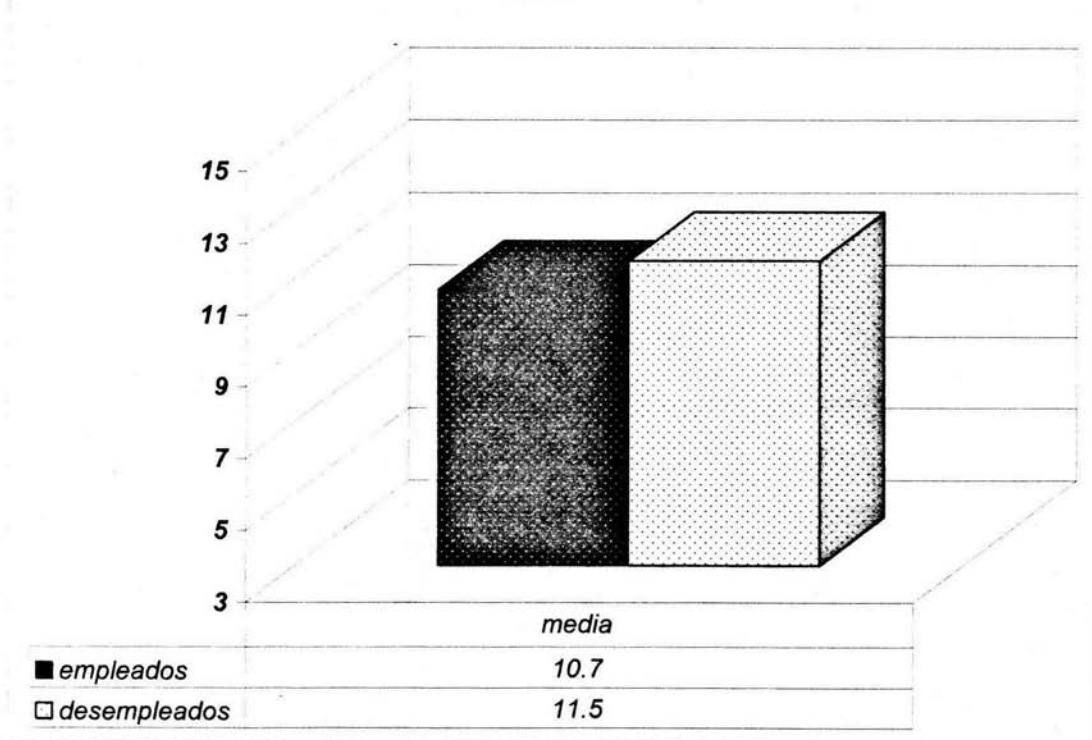
Gráfica 6
Comparativo de medias de la edad de inicio de enfermedad entre pacientes empleados y desempleados



d). En cuanto a la escolaridad, la diferencia entre las dos medias del grupo de pacientes empleados (media=10.7; d.e.=3.02) y desempleados (media=11.5, d.e.=2.45) no fueron estadísticamente significativas (Tabla 4). Se muestra el comparativo de medias en la gráfica 7.

Tabla 4							
Escolaridad	Empleados (n=52)		Desempleados (n=75)		g.l.	t	α .05
	media	d.s.	Media	d.s.			
Escolaridad	10.7	3.02	11.5	2.45	125	-1.5829155	1.6577

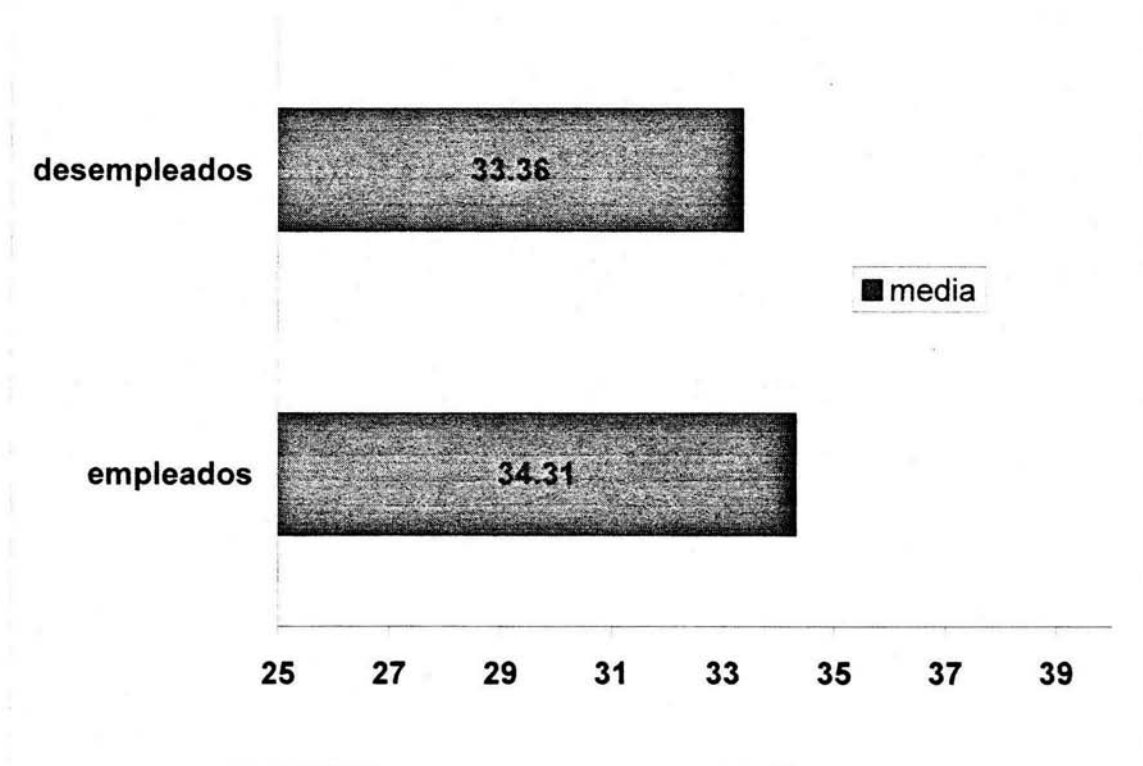
Gráfica 7
Comparativo de las medias en cuanto a nivel escolar



e). No se halló significancia estadística entre la media (34.3) de la edad actual de los pacientes empleados y la media (33.3) de los pacientes desempleados (tabla 5); en la gráfica 8 se ilustra la comparación de las medias.

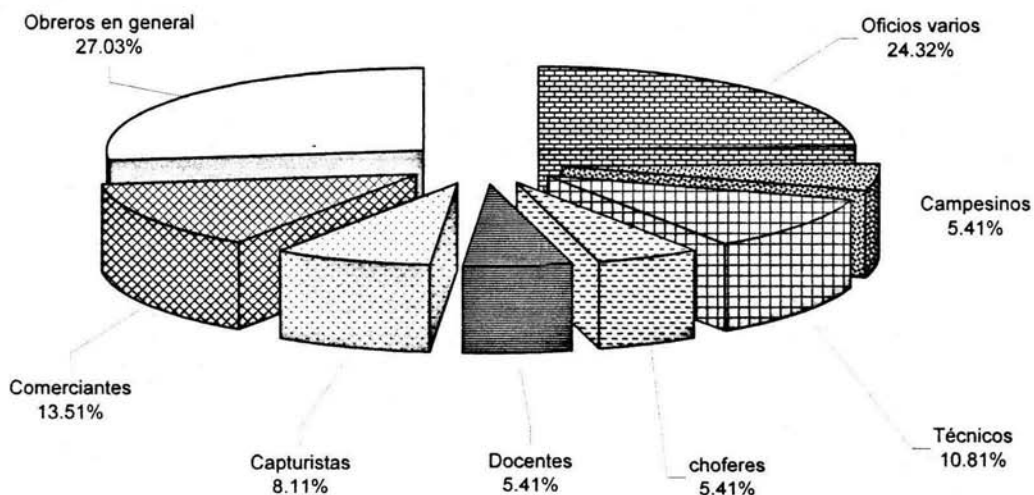
Tabla 5							
Edad actual	Empleados (n=52)	d.s.	Desempleados (n=75)	d.s.	g.l.	t	α .05
	media		media				
	34.31	7.9	33.36	8.09	125	0.659844166	1.6577

Gráfica 8
Comparativo de medias en cuanto a edad actual



f). Finalmente los pacientes del sexo masculino que tenían un empleo se desempeñaban en su mayoría como obreros o empleados generales -27.03 %- y en segundo lugar, ejerciendo un oficio tal como carpintero, plomero, soldador o artesano -24.32%- (Gráfica 9 y Tabla 6). En las mujeres, al igual que en los hombres, la actividad que realizan en su mayoría es como empleadas generales -33%- y en segundo lugar de la actividad secretarial es el empleo mayormente desempeñado por el sexo femenino -26 %- (Gráfica 10 y Tabla 6).

Gráfica 9
Tipo de labores que desempeñan los hombres



Gráfica 10
Tipo de labores que desempeñan las mujeres

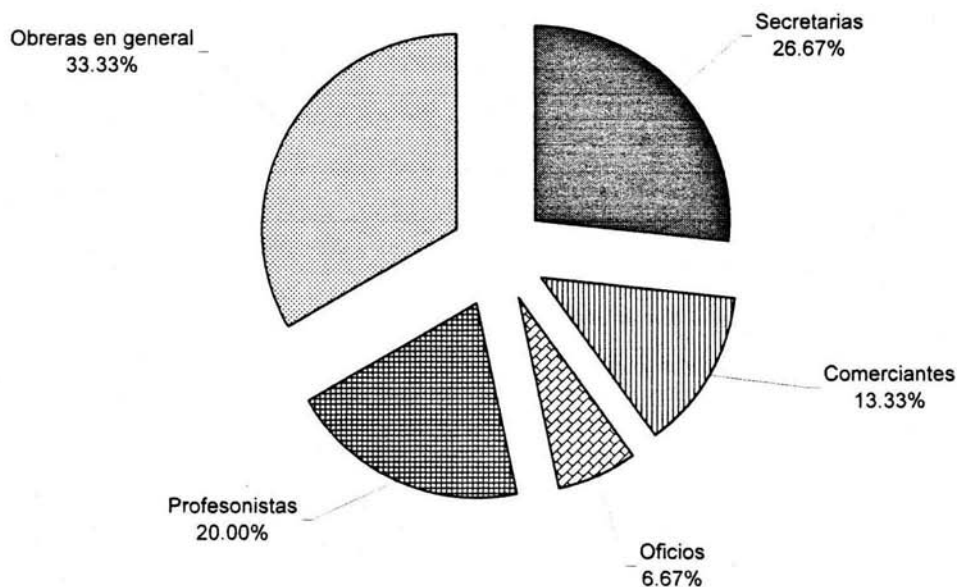


Tabla 6

Hombres (n=37)		Mujeres (n=15)			
1	Obreros en general	27.03%	1	Obreras en general	33.33%
2	Oficios varios*	24.31%	2	Secretarias	26.67%
3	Comerciantes	13.51%	3	Profesionista	20.00%
4	Técnicos	10.81%	4	Comerciantes	13.33%
5	Capturistas	8.11%	5	Artesanas	6.67%
6	Campeños	5.41%			100.00%
7	Chofer	5.41%			
8	Docentes	5.41%			
		100.00%			

* Artesano, albañil, carpintero, plomero, soldador, zapatero, volanero, conserje y recolector de basura.

3.3. Discusión y conclusiones.

Los resultados de este estudio mostraron que la población existente de pacientes masculinos es mayor con respecto a la población femenil en el grupo de pacientes esquizofrénicos; coincidiendo con lo que señala Wing (1990) y Valencia y cols. (1997), que en los grupos de pacientes esquizofrénicos, el porcentaje de varones es más alto; y en este caso se corrobora con un porcentaje del 72 % de pacientes varones frente al 28 % de pacientes del sexo femenino (Gráfica 1); este dato también concuerda con la Asociación Psiquiátrica Americana (2002), que indica que la incidencia de esquizofrenia es ligeramente mayor en los hombres. A pesar de que las mujeres tienen un mejor pronóstico en la actividad laboral con respecto a los hombres (APA, 2002), se observó en el grupo de pacientes empleados, que el porcentaje de mujeres con empleo, no es mayor proporcionalmente, al porcentaje de hombres empleados. Esto puede deberse a que las mujeres en el corto y mediano plazo tienen mejores resultados, pero a largo plazo tienden a homologarse a los hombres (APA, 2002); las mujeres empleadas en promedio tenían una edad de 37 años y el 33 % rebasaba los 40 años, mientras que los hombres empleados tenían una edad de 33 años promedio y aproximadamente la mitad no eran mayores de 30 años.

A pesar de los múltiples beneficios que el empleo proporciona no hubo diferencias significativas entre los pacientes empleados y los no empleados en cuanto al número de hospitalizaciones; las causas podrían ser diversas: Wing y Freudenberg señalan que sobreestimar a los pacientes más de lo que necesitan provoca la reaparición de síntomas agudos (citado en Morgan, 1990); por otra parte los pacientes que no reciben estimulación social y laboral, a la larga, su deterioro clínico será más severo, según Brown y colaboradores; podemos pensar entonces que la vulnerabilidad del paciente será una constante aun a pesar de tener un empleo; Brown y Birley comentan que un factor de recaída, puede ser desde un suceso impactante, tal como presenciar un accidente, hasta una circunstancia excitante, como el ganar un juego o haber logrado un ascenso en el trabajo; otro factor que se encuentra estrechamente ligado a una recaída, se presenta en las familias, ya que se ha visto que si un persona allegada critica o se inmiscuye en la vida del paciente, exacerbará un cuadro psicótico; las recaídas también son originadas por la excesiva presión

que se le aplica en un programa de rehabilitación o por su alta del programa en forma prematura (citado en Wing, 1990); o bien si el paciente en algún momento de su recuperación optó por no seguir con el tratamiento farmacológico esto pudo desencadenar una recaída, pues los estudios señalan que el tratamiento farmacológico que se administra en forma continua se asocia con un menor riesgo de padecer recaídas y no tanto con el desempeño de un empleo (citado en Ortega y Valencia, 2001).

Los pacientes empleados mostraron una edad promedio significativamente mayor cuando presentaron su enfermedad (23 años de edad), difiriendo considerablemente en proporción al grupo de pacientes desempleados, los cuales en promedio su enfermedad inició alrededor de los 20 años; esto concuerda con los datos que mencionan que los pacientes que presentan un inicio tardío de la enfermedad tendrán mejores recursos para su rehabilitación en el futuro ya que habrán logrado, generalmente, una posición social y laboral al momento de la aparición del padecimiento (Kolb, 1976; Africa y Schwartz, 1995; APA, 2002).

En cuanto al estado civil se pudo verificar que los pacientes empleados no diferían frente a los pacientes desempleados, lo que hace pensar que es independiente el desempeño de un trabajo en un paciente esquizofrénico paranoide y las obligaciones o motivaciones que imponga un estado civil. Sin embargo el porcentaje de pacientes solteros en general es muy alto (81%), coincidiendo con otros estudios en donde se han encontrado un alto porcentaje de soltería, sobre todo en pacientes masculinos (Valencia y cols.1997). Así también se pudo verificar que la escolaridad de los pacientes desempleados y empleados no se liga a la obtención de un empleo al no existir diferencias estadísticamente significativas. Esto puede deberse a que si bien el paciente esquizofrénico paranoide conserva su inteligencia aun después del brote psicótico, su estructura de personalidad sigue siendo frágil. Stephens y colaboradores indicaban en 1968 que entre los enfermos mentales las actitudes hacia el trabajo era más importante que la inteligencia (citado en Watts, 1990). Kolb (1976) señalaba también que la inteligencia o los estudios previos que el paciente realizara no suponían un mejor pronóstico y hasta en cierto sentido paradójico, aquellos pacientes que tenían aspiraciones personales elevadas solían evolucionar mal.

Se constató que tanto los pacientes empleados del sexo masculino como del sexo femenino se desempeñan en su mayoría como obreros o empleados generales; en el caso de los hombres el desempeño de un oficio sería la actividad que estaría en segundo lugar en porcentaje y en el caso de las mujeres, la actividad secretarial, es la segunda en porcentaje. Es posible que la actividad como obrero general se deba a la inseguridad del paciente al verse enfermo; Wing (1990) comenta que los pacientes tienen poca confianza en sí mismos y aunque puedan desempeñar cargos de nivel técnico u obrero calificado, las perspectivas que tienen de sí mismos no les permite tratar de alcanzar un mejor trabajo, por lo que el plan de rehabilitación tendría como objetivo acercarlo paulatinamente a ambientes de mayor exigencia en donde demuestre sus capacidades tanto a los demás como a sí mismo. Es pertinente recalcar que entre la sobre-estimulación y la poca estimulación existe una línea muy sutil ya que la sobre-estimulación provocaría estrés y en consecuencia una nueva recaída y la poca estimulación fomenta los síntomas negativos y con esto el deterioro clínico de la enfermedad.

Los datos permiten concluir que el inicio tardío de la enfermedad en los pacientes esquizofrénicos paranoides contribuye a lograr una mejor adaptación social, al poder insertarse en el ambiente laboral que han encontrado la mayoría de los pacientes, tanto varones como mujeres, en fábricas o empresas, desempeñándose como obreros o empleados generales. Por otra parte los pacientes empleados y desempleados no pueden diferenciarse por su estado civil, pues a pesar de que los pacientes con un empleo han logrado ser una persona productiva para la sociedad y que la actividad laboral les fomenta el trato social, esto no ha repercutido para que el porcentaje de soltería disminuya en su grupo. No se encontraron estudios que reporten menos hospitalizaciones en los pacientes empleados; aun a pesar de que el trabajo proporciona beneficios psicológicos como la vinculación con la realidad, el paciente empleado no puede evitar las recaídas y en consecuencia las hospitalizaciones, según lo muestra la comparación entre los dos grupos de pacientes empleados y desempleados; por lo que se descarta que el empleo se asocie al aumento o disminución del número de hospitalizaciones en el paciente, mas bien esta ligado al apego terapéutico de tipo farmacológico, como mencionan otras investigaciones. Se halló que la escolaridad no tiene ninguna influencia para determinar diferencias entre los dos

grupos. Por ultimo se encontró que en la población global existía un mayor número de pacientes varones tal y como lo mencionan los datos nacionales e internacionales que en cualquier grupo de pacientes esquizofrénicos es mayor el porcentaje de pacientes del sexo masculino.

Es importante realizar un estudio de tipo longitudinal para verificar el tiempo de permanencia de los pacientes en los empleos y si el paciente desempleado permanece sin actividad laboral solo por algún tiempo, para asegurar que no es una población fluctuante y con el tiempo cambien tanto las igualdades como las diferencias encontradas entre los grupos; así como determinar si antes del inicio de la enfermedad, llevaban una vida productiva o solo se perpetuó su conducta inactiva como aspecto premórbido de la enfermedad. Asimismo, es necesario realizar un perfil psicológico más profundo de los pacientes esquizofrénicos paranoides empleados para poder beneficiarse de perspectivas más puntuales ante pacientes esquizofrénicos de tipo paranoide.

Referencias

1. Africa, B. Y Schwartz, S. (1995). Trastornos esquizofrénicos en: Goldman, H. Psiquiatría General. Ed. Manual Moderno. México.
2. Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Texto Revisado. Barcelona.
3. Bennet, D. (1990). Antecedentes de los servicios de rehabilitación. en: Watts, F.N. y Bennett, D.H. Rehabilitación psiquiátrica. teoría y práctica. México: Limusa.
4. Berger, M. M. (compilador) (1993). Más allá del doble vinculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas en esquizofrénicos. España: Paidós.
5. Birchwood, M. y Tarrrier, N. (1995). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel.
6. Brenner, H.D.; Roder, V.; Hodel, B. Y Kienzle, N. (1996). Terapia Integrada de la esquizofrenia. Barcelona.
7. Broustra, J. (1979). La esquizofrenia. Ed. Herder. Barcelona.
8. Cohí, A. (1990). Estudio comparativo de la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos según la calidad de vida. Rev. Psiquiátrica Fac. De Medicina de Barna; 17 (5): 201-218.
9. Cottraux, J. (2000). Terapias cognitivas. París: Enciclopédie Médico-Chirurgicale 37-820-A-50
10. Chambon, O. y Marie-Cardine, M. (1997). Terapias conductuales y psicoterapia cognitiva en el tratamiento prolongado de las psicosis esquizofrénicas. París: Enciclopédie Médico-Chirurgicale 37-295-D-50
11. De la Fuente, R., Martínez, R., Murow, E., Ortega, H., Valencia, M., Rascón, M. y Ramírez, I. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud mental. V. 19, no. 4. p.p. 1-7.
12. Defer, R., Thérond, D., D'Amore, M. y Pupeschi, G. (1994). Ergoterapia. París: Enciclopédie Médico-Chirurgicale 37-876-A-75

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

13. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. (2001). Real Academia Española. España. Ed. Espasa
14. Díez, J. R. y Navarrón, E.L. (1998). Rehabilitación laboral en el marco de la salud mental comunitaria. en: Durante, M.P. y Noya, A.B. Terapia ocupacional en salud mental. Principios y Práctica. Barcelona, Masson. p.p. 177-182.
15. Dubovsky, S.L. (1999). Terapia Electroconvulsiva en: Kaplan, H. y Sadock, B. Tratado de Psiquiatría. México. Ed. Interamericana. Sección: 32.28 p.p. 2129-2140
16. Eiger, A. (1992). Terapias familiares y esquizofrenia. Ed. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris. 37-295-D-10
17. Fernández, A. y González, C. (1999). Rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos en: SAIZ, R. J. Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social. Barcelona, España. Ed. Masson.
18. Freedman, A.M.; Kaplan, H.X. y Sadock, B.J. (1999). Compendio de Psiquiatría. México: p. 201-233; 742-770.
19. Garnica, R. (1998). Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente. Ed. Piensa. México.
20. Gilliéron, ER. (1997). Psicoterapia psicoanalítica breve. Ed. Encyclopédie Médico-Chirurgicale Paris. 37-812-L-10
21. Hardy-Bayle, MC., Olivier, V., Sarfati, Y. y Chevalier, JF. (1996) Enfoques actuales de la clínica de los trastornos esquizofrénicos. Paris: Scientifiques et medicales elsevier SAS. E-37-282-A-20
22. Hernández, M. (1999). Perspectiva integral del tratamiento del paciente con esquizofrenia. En: Saiz, R.J. Esquizofrenia. enfermedad del cerebro y reto social. España: Masson.
23. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Ed. McGraw-Hill. México.
24. Kolb, C.L. (1976). Psiquiatría Clínica Moderna. La prensa Médica Mexicana. México.
25. Lanteri-Laura, G. Y Tevissen, R. (1996). Reseña histórica sobre los delirios crónicos y la esquizofrenia. Paris: Scientifiques et medicales elsevier SAS. E-37-281-C-10

26. Lanteri-Laura, G. y Del Pistoia, L. (1998). Introducción histórica y crítica a la psiquiatría contemporánea. París: Scientifiques et medicales elsevier SAS. E-37-005-A-10
27. Lavander, T. y Holloway, F. (1995). Modelos de atención continuada. en: Bichwood, M. y TARRIER, N. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona, España.
28. Lega, L.I. (1991). La Terapia Racional Emotiva: Una conversación con Albert Ellis en: Caballo, V.E: (comp..) (1991) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI p. 475-492
29. Légeron, P. y Van Rillaer, J. (1999). Enfoque teórico de las terapias conductuales y cognitivas en el adulto. París: Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-820-A-40
30. Mascaró, J. (1983). Diccionario terminológico de ciencias medicas. Ed. Salvat. México.
31. Mirabel-Sarron, C. y Vera, L. (1997) Técnicas de terapias conductistas. París: Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-820-A-45
32. Morgan, R. (1990). La terapia industrial en el hospital psiquiátrico. en: Watts, F.N. y Bennett, D.H. Rehabilitación psiquiátrica. teoría y practica. México: Limusa.
33. Neff, W.S. (1972) El trabajo, el hombre y la sociedad. Buenos Aires: Paidós. 11- 215.
34. Nicolini, S. H., López-Suero, V., Cruz, C. y Fresán, A. (2001) La genética de la esquizofrenia. en: Ortega, H. Y Valencia, M. (2001) Esquizofrenia, Estado actual y Perspectivas. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, p.p. 73-104
35. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994
36. Organización Mundial de la Salud (1992) Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, p. 113-140
37. Ortega, H. y Valencia, M. (2001) El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en: Ortega, H. Y Valencia, M. (2001) Esquizofrenia, Estado actual y Perspectivas. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. p.p. 349-398
38. Privat, P., Quélin-Souligoux, D. y Rouchy, JC. (2001) Del análisis de grupo a la psicoterapia París: Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-817-A-10

39. Real Academia Española (2001) Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición Ed. Espasa. España.
40. Roessler, R. (1981) Rehabilitación física, mental y social. México: Limusa. p.p. 9-27.
41. Thobie, Y. (1991) Trabajo y terapia de readaptación. París: Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-931-A-10
42. Udy, S. (1970) El trabajo en las sociedades tradicional y moderna. Amorrortu, Buenos Aires.
43. Uriarte, V. (1997) Psicofarmacología. Ed. Trillas. México. p.p. 342-380.
44. Valencia, M., Saldívar, G. y Rivera, E. (1997) Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. Salud mental (2), 28-37.
45. Valencia, M. (1996) Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. Revista Mexicana de Psicología, 12 (3). 72-86.
46. Valencia, M., Rascón, M., Ortega, H. (2001) El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. en: Ortega, H. Y Valencia, M. (2001) Esquizofrenia, Estado actual y Perspectivas. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. p.p. 399-454.
47. Warren, H. (1996) Diccionario de Psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
48. Watts, F.N. (1990) Empleo EN: Watts, F.N. Y Bennett, D.H. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica. Ed. Limusa. Mexico. p.p. 233-259.
49. Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1990) Introducción: el concepto de rehabilitación en: Watts, F.N. y Bennett, D.H. Rehabilitación psiquiátrica. teoría y practica. México: Limusa. P.p. 15-26.
50. Wing, J. (1990) Esquizofrenia. en: Watts, F.N. y Bennett, D.H. Rehabilitación psiquiátrica. teoría y practica. México: Limusa. 59-76.
51. Wolberg, L.R. (1977) "The technique of psychotherapy" Grune & Stratton New york and London. Traducción de la Universidad Iberoamericana.