



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

GILBERTO ENRIQUE GONZÁLEZ MEDRANO

LISBETH ADRIANA SOTO VÁZQUEZ

COMISIÓN DICTAMINADORA:

DR. ERZSÉBET MAROSI HOLCZBERGER

LIC. ESTEBAN CORTÉS SOLÍS

DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2005





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.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi vida han existido muchas personas fundamentales en mi formación tanto personal como profesional. Ahora es el momento de rendirles un pequeño tributo.

A mis Hermanos:

Lidia y Luís. La paciencia, el conocimiento, el cariño y el ejemplo durante tantos años y en cualquier circunstancia.

Jorge y Nelly. El respaldo, la confianza y respeto que me muestran, ayudándome a tomar a tomar decisiones.

Consuelo. Por la independencia ejemplar con que ha conducido su vida.

Esteban y Olivia. El apoyo, la complicidad y por acompañarme en cada proyecto nuevo, siempre dando muestra de responsabilidad.

Mónica. Su disposición incondicional de apoyar y su buen trato brindado en todo momento.

Jesús y Cinthia. La amistad y la constante preocupación por el bienestar familiar.

Deniss y Renata. Por brindarme su confianza y apoyo.

A mis Abuelos:
(Donde quiera que estén).

Esteban y Ma. De la Luz. Para quienes las palabras resultarían insuficientes como muestra del cariño y respeto que les tengo.

A Lisbeth:

Porque su amor me impulsa todos los días; por su cariño y su paciencia.

A Los Profesores:

Erzsébet Marosi. El buen trato y todo el conocimiento que derrocha, sin dejar de lado la sencillez.

Esteban Cortés. Su infinita amabilidad y por compartirme sus valiosos conocimientos.

Carlos Nava. Por acompañarme a lo largo de mi carrera mostrándome respeto, pero sobre todo por darme la oportunidad de conocer a un excelente profesor.

Pablo Morales. Su buen trato para todos sus alumnos a los cuales siempre ayuda indiscriminadamente.

David Jiménez. La confianza y amabilidad mostrada durante tanto tiempo.

Junto a la importancia de la familia y el desarrollo profesional, en la formación del individuo influyen personas que brindan amistad, cariño, confianza, te abren las puertas de su corazón sinceramente y desinteresadamente. Un agradecimiento muy especial a las siguientes familias, siempre amables conmigo y con muchos gorriones más:

Herrera Vega, Cruz Dueñas, Manjares Millán, Soto Vázquez.

A Mi Segunda Familia. Mis Amigos.

Israel, Francisco, Issis, Manjares, Deyanira, Gabriel, Oscar, Yadira, , Tomas, Jorge, Armando, Nancy, Mauricio, Abel, Pancho, Erick, Leonel, Vanesa, Quique, Bony, Arturo, Dante y Patrick.

A las flores de un día. Todas aquellas personas a quienes, por el solo hecho de conocerlas, me han dejado experiencias inolvidables, siempre interesantes.

Gracias Totales.

González Medrano Gilberto Enrique.

AGRADECIMIENTOS



Quiero agradecerle a mi familia el apoyo incondicional que siempre me ha ofrecido.

A mi papá.

Por sus consejos, su educación y por acompañarme en las noches de desvelo pendiente de la hora en que me iba a dormir.

A mi mamá.

Por escucharme, querer ser mi amiga, por impulsarme y estar siempre conmigo.

A mis hermanos:

Enrique.

Por su ayuda, su cariño, su ejemplo y por la confianza que deposita en mí.

Sandra.

Por su cariño, su amistad, su compañía y por soportar mis tonterías.

Por ser mi soporte y mi motivo para seguir adelante, les dedico mi esfuerzo y constancia.

LOS QUIERO MUCHO



A cada uno de mis profesores, por su enseñanza y apoyo en este proyecto.

Por siempre tener una sonrisa, un consejo y la paciencia necesaria para con nosotros.

GRACIAS



A todas y cada una de las personas que contribuyeron en mi formación y mi carácter y muy especialmente a quién siempre creyó en mí.



Esto no lo hubiera logrado si no tuviera a mi lado a la persona que sin querer se cruzó en mi camino y se quedó en él. A ti "corazón", gracias por tu amor, tu paciencia, por estar siempre que te necesito y por ayudarme a creer en mí.

TE AMO

LISBETH ADRIANA SOTO VÁZQUEZ

INDICE

Resumen	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Definición y criterios para el diagnóstico en esquizofrenia	13
1.1 Definición	13
1.2 Criterios de Diagnóstico	14
1.3 Subtipos	20
1.3.1 Tipo Paranoide	21
1.3.2 Tipo Hebefrénico o Desorganizado	22
1.3.3 Tipo Catatónico	22
1.3.4 Tipo Residual	22
1.3.5 Tipo no Diferenciado	23
1.3.6 Tipo Infantil	23
1.4 Diagnóstico	23
Capítulo 2. Terapéutica aplicada a la esquizofrenia	26
2.1 Tratamiento Psicosocial	26
2.2 Programa de Tratamiento Forzado en la Comunidad	33
2.3 Reidencias de Fairweather	34
2.4 Rehabilitación mediante Técnicas Sociales	34
2.5 Terapia y Recuperación Cognitiva	35
2.6 Terapia Integrada a la Esquizofrenia	35
2.7 Terapia Psicoanalítica	38
2.8 Grupos de Autoayuda	46
2.9 Tratamiento Farmacológico	49
Capítulo 3. Eficacia de la Terapia Psicológica (Estudios Clínicos)	54
3.1 Tratamiento Psicosocial	54
3.2 Terapia de Recuperación Cognitiva	57
3.3 Terapia Integrada a la Esquizofrenia	58
3.4 Terapia Psicoanalítica	61
Conclusiones	70
Bibliografía	76

RESUMEN

El presente trabajo intenta conocer la terapia psicológica que obtiene mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia. Incluye la definición de la esquizofrenia, los diferentes tipos y los criterios establecidos por el DSM-IV para diagnosticar dicha enfermedad. Además presenta una revisión teórica de las diferentes formas de terapia psicológica que se emplean en el tratamiento de personas diagnosticadas con esquizofrenia, así como una revisión de estudios clínicos a partir de algunas terapias psicológicas (Terapia Psicosocial, Terapia de Recuperación Cognitiva, Terapia Integrada de la esquizofrenia y la Terapia Psicoanalítica) con el objetivo de conocer la eficacia que cada una de ellas tiene en su quehacer terapéutico, además presenta ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Resulta difícil determinar rotundamente que terapia psicológica es más eficaz debido a que el estudio de la esquizofrenia es relativamente reciente y todavía no se tiene conocimiento de los mecanismos cerebrales involucrados en dicha enfermedad. Por lo cual han surgido diversos intentos psicológicos encaminados a contrarrestar la esquizofrenia, ninguno de ellos es aplicado en todos los casos, ya que en la elección de la forma terapéutica que se va a emplear intervienen las preferencias y las capacidades del terapeuta, las condiciones del paciente y una gran variedad de factores que provocan que una intervención psicológica tenga o no éxito.

INTRODUCCIÓN

Durante miles de años, la historia de lo que hoy llamamos esquizofrenia, ha fascinado tanto a los médicos como a los filósofos. Ya en el siglo I d. de C. el médico Areteo de Capadocia notó la diferencia cualitativa esencial entre los pacientes que padecían de la manía y aquellos a los cuales describió como "estúpidos, ausentes y musitantes", términos que posiblemente equivalen a la terminología moderna aplicada a las esquizofrenias, que en la actualidad se describen como estuporosos, preocupados y con escaso contacto con la realidad. También observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad en algunos pacientes, que podían haber sido esquizofrénicos; a quienes describe, describe: " caen en tal estado de degradación que hundidos en una fastuosidad absoluta, se olvidan de si mismos, pasan el resto de sus vidas como bestias brutas y los hábitos de su cuerpo pierden toda dignidad humana" (Rendueles, 1990). Areteo describe claramente los síndromes paranoides, por ejemplo; ideas delirantes de ser envenenado, retraimiento y preocupaciones religiosas.

En el siglo II d de C. Sorano describió delirios de grandeza en pacientes que "creen ser dioses" o que "no quieren orinar por miedo a causar un nuevo diluvio".

Después de esa época primitiva de interés clínico distante y escasos intentos de tratamiento, los esquizofrénicos se hundieron durante unos mil años en la sombra de la superstición y de las obsesiones religiosas. Incontables esquizofrénicos fueron juzgados y condenados como poseídos por el demonio; fueron quemados en la hoguera o condenados y confinados en jaulas por la sociedad. Durante ese periodo, el esquizofrénico fue separado de lo público y fue virtualmente inaccesible a los estudios clínicos o científicos.

La idea de cuidar a la gente con enfermedades mentales en lugar de confinarlos, no surge de nuevo hasta el siglo XVIII. El argumento terapéutico de

los primeros médicos se había hallado; existía una farmacopea fantástica que debía la mayoría de sus principios a los alquimistas medievales.

El magnetismo animal o mesmerismo, que estuvo de moda durante un breve periodo de tiempo a finales del siglo XVIII y a principio del siglo XIX, no se utilizó probablemente con mucha frecuencia en el tratamiento con psicóticos.

El tratamiento moral se aplicaba ampliamente a los psicóticos hospitalizados en EE.UU. durante la mitad del siglo XIX y recordaba, en muchos aspectos, la terapéutica ambiental de hoy día y otras terapéuticas sociales que también se utilizan en la actualidad. Probablemente se trataba de un enfoque terapéutico efectivo para los pacientes esquizofrénicos de aquella época.

Con el advenimiento de los grandes hospitales mentales del siglo XX en los cuales se hizo imposible el enfoque personal, el tratamiento moral y sus éxitos terapéuticos se perdieron. Así durante medio siglo se produjo un vacío terapéutico hasta la aparición, a mediados de 1930, del tratamiento de comas hipoglucémicos de Sakel y la terapéutica convulsiva de Medina.

A comienzos de los años 50, con el descubrimiento de los efectos antipsicóticos de la clorpromacina, se inicia una nueva era en el tratamiento e investigación de la esquizofrenia, desplazando así las terapias, tan habituales como poco efectivas, utilizadas hasta ese momento como los comas insulínicos, psicoterapias ortodoxas, electroshock, etc. (Morian, et al., 2004).

A pesar de la firme creencia de Freud, compartida por la mayor parte de los primeros psicoanalistas, de que la psicoterapia no sería efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia, a lo largo de las últimas décadas se ha demostrado que no solamente es posible practicar psicoterapia en la esquizofrenia y que frecuentemente es efectiva, sino que además, puede resultar de vital importancia

para la compleja psicopatología del paciente esquizofrénico (Fromm-Reichmann, 1978).

A lo largo de los siglos han existido muchas teorías sobre las causas de las alteraciones psicóticas.

Entre las primeras teorías se encontraban las creencias de que la locura provenía de la posesión del demonio o de los espíritus malignos y que la insanía indicaba un castigo de los dioses.

En el siglo XIX Neumann sugirió que la locura era debida a una pérdida del sentido comunitario. Durante este siglo se desarrolló una violenta controversia entre aquellos psiquiatras que, como Griesinger, proclamaban enfáticamente que todas las enfermedades mentales eran debidas a una enfermedad física del cerebro y aquellos que pensaban que estas enfermedades eran debidas a una lucha dinámica psicológica entre la libertad y los obstáculos, el pecado, la culpa y otras fuerzas psicológicas.

Los psiquiatras del siglo XIX consideraron la herencia como una de las posibles causas de la psicosis.

El debate entre las escuelas somatogénicas y psicogénicas sobre las causas de la enfermedad mental y la controversia entre naturaleza y ambiente continúa hasta nuestros días.

En cuanto al diagnóstico y la clasificación de la esquizofrenia. En 1780 Arnold diferenciaba la locura ideativa y nocional de los otros tipos de enfermedades mentales.

En Francia, Esquirol, enriqueció la terminología psiquiátrica con la introducción del término "alucinaciones" que él definió con tanta precisión como se

hace hoy en día; describió también un tipo especial de psicosis determinada "monomanía" que parece corresponder a determinadas formas de la esquizofrenia paranoide o parafrénica. Morel fue el primero en introducir el término "demencia precoz", en 1856 y lo aplicó a la situación de un paciente adolescente originalmente brillante y activo, que de manera gradual se fue haciendo triste, silencioso y retraído. El muchacho manifestaba sentimientos de odio hacia su padre y tenía pensamientos de matarle.

El concepto francés "délires", que significa estados con convicciones delirantes fue traducido en Alemania como "paranoia". Este término fue utilizado por primera vez por Vogel en 1764.

Sander, en 1866; describió los estados paranóicos de una manera muy parecida a como los entendemos hoy en día Lasegue, en 1871, publicó su estudio sobre "delires de persecuciones". Heinroth distinguió 48 enfermedades mentales separadas y con ello introdujo una considerable confusión, pero Neumann rechazó todas esas clasificaciones y declaró en 1860 que la psiquiatría no sería capaz de progresar hasta que hubiera decidido " arrojar por la borda todas las clasificaciones... solo existe un tipo de deterioro mental: lo que llamamos locura" (Rendueles, 1990). Por su parte Kahlbaum escribió un cuadro característico con una tensión motora patológicamente anormal a la que le dio el nombre de " catatonia", en 1868.

Hecker describió el cuadro sintomático de la "hebefrenia" y le dio su nombre en 1870 al señalar que esta enfermedad se presenta en jóvenes o adolescentes y que en general termina en deterioro (Zoch 2001).

Kraepelin en 1896 y desde una cátedra universitaria, fue el que dio la denominación de "demencia precoz" a una gran variedad de síndromes psicóticos. Kraepelin se transformó en el fundador del sistema moderno de clasificación

psiquiátrica al distinguir entre la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva; centraba la atención fundamental en el resultado final: deterioro y no deterioro.

Ya en el siglo XX Bleuler introdujo el término "esquizofrenia" para la demencia precoz. Traducido literalmente este término significa "mente partida" y Bleuler se refería a la división de la personalidad más que al proceso disociativo como rasgo central de la enfermedad. Este autor ya no consideraba las características de incurabilidad o deterioro terminal como rasgos necesarios de la esquizofrenia (Searles, 1994).

Para Bleuler la esquizofrenia era tanto una entidad morbosa, como una reacción psicopatológica, es decir, un síndrome. En consecuencia podría esperarse que unos pacientes se deterioraran y otros se recuperaran con defecto o sin él.

La contribución fundamental de Bleuler fue la introducción de una jerarquía de síntomas; en esta nueva jerarquía introdujo la idea de síntomas primarios y secundarios, de los cuales lo primero supone las alteraciones del humor, de la asociación y de la volición; los síntomas secundarios para él son, por ejemplo; alucinaciones, convicciones delirantes, negativismo y estupor (todos los síntomas secundarios de Bleuler son el cuadro clínico que Krapelin describió como típico de la patología esquizofrénica). Por otro lado "la ambivalencia" y el concepto nuevo e importante que Bleuler describió por primera vez y que denominó "autismo" son rasgos centrales en el cuadro clínico de la esquizofrenia.

Jung desarrolló el primer método experimental de utilizar las asociaciones en la exploración de determinadas situaciones y actitudes inconscientes que él denominó complejos; además realizó la distinción original entre personas extrovertidas e introvertidas: la esquizofrenia sería el grado máximo para introversión.

Meyer (en Rendueles, 1990) llamó a la esquizofrenia "parergasia", término que nunca ha sido ampliamente aceptado; la definió como una reacción frente a los acontecimientos traumáticos de la vida y el resultado de una configuración de hábitos y respuestas desadaptadoras. Meyer creía que la conducta esquizofrénica no se producía por causas escondidas psíquicas o físicas, sino que era el resultado natural de la historia vital que podía ser trazada claramente a través de diversos factores físicos, sociales y psicológicos a lo largo del pasado del paciente. También insistía en la naturaleza única e idiosincrática de la alteración en cada paciente psiquiátrico; cada paciente representaba un caso único de enfermedad y necesitaba un estudio individual intenso llevado a cabo por el clínico sin valerse de los recursos estandarizados, como pueden ser los test, para diagnosticar o intervenir a los pacientes psicóticos.

Feldt en (en Zoch, 2001) estableció el concepto de psicosis esquizofreniforme y describió su distinción adicional entre la esquizofrenia procesual y la reacción esquizofrénica. La forma procesual se refería al antiguo concepto de demencia precoz y aparecía frecuentemente en los pacientes esquizofrénicos cuando se había presentado ya el deterioro final o se suponía que iba a presentarse. La reacción esquizofrénica, se caracteriza por síntomas esquizofreniformes, su personalidad antes del episodio psicótico no presentaba rasgos esquizoides, por el contrario, se encontraba satisfactoriamente adaptada al trabajo y a la situación social y su crisis psicótica podría haberse presentado inmediatamente después de un acontecimiento traumático ocurrido en su vida.

Schneider (en Rendueles, 1990) consideraba la esquizofrenia como la fragmentación patológica de tres funciones básicas que se encuentran plenamente integradas en la persona normal; estas tres funciones son: sentimiento de identidad no alterado, continuidad de los procesos psíquicos y contacto con la realidad. Y cuando se produce un rompimiento de estas tres funciones aparecen los tres siguientes complejos:

- Retracción del pensamiento: este complejo se encuentra asociado con los siguientes síntomas; detención del pensamiento, contaminación del pensamiento, eco del pensamiento, perplejidad, experiencias de estar controlado y alteraciones del lenguaje.
- Pérdida del sentido de la realidad: los síntomas relacionados son; indiferencia afectiva, ira inapropiada, depresión, desesperanza, despersonalización y alucinaciones.
- "Falsen": este término difícil de traducir, se refiere a un comportamiento extravagante; su significado supone pensamiento y charla desconectada, con los siguientes síntomas: convicciones delirantes, pérdida de las asociaciones, respuestas emocionales inadecuadas e impulsos extraños del yo. Scheneider se hallaba convencido de que solo a través de este análisis sistemático de los complejos sintomáticos que se originan en estas tres unidades funcionales será posible alcanzar las causas subyacentes en la deteriorización esquizofrénica.

La base de una nueva terapia psicológica la desarrollo Pavlov (1849-1936) quien consiguió que perros entrenados experimentaran salivación al oír el sonido de una campana (estímulo condicionado), luego que éste fuera apareado repetidamente con alimento (estímulo incondicionado), que normalmente produce el animal. Watson influido por estos experimentos indujo en un niño de un año de edad, fobia hacia una rata blanca al asociar la presencia del animal con un ruido intenso; posteriormente el niño generalizó su fobia hacia otros objetos blancos peludos.

Otros autores importantes son: Skinner que empleó el condicionamiento operante sosteniendo que la conducta es una función de sus consecuencias. Beck, fundador de la terapia cognoscitiva, consideró que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta.

Además de éstas, existen teorías psicológicas como la de Rogers que responsabiliza al paciente de sus sentimientos y la evolución de la terapia; la terapia gestáltica de Perl que busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis. Por último el análisis transaccional de Berne que postula que los padres crean un libreto de vida en la primera infancia que conforma e inhibe la vida del sujeto, por lo que la terapia busca descifrar ese guión.

Un movimiento que merece mención aparte es la antipsiquiatría, cuyo comienzo se sitúa en 1957 cuando el psiquiatra norteamericano Szasz (en Alfons, 2002) pone en duda la realidad de la enfermedad mental, la cual es considerada como desorden interior expresado en desordenes externos en donde se cataloga a las enfermedades que conlleva a la persona en una posición de inferioridad y dependencia a la familia, psiquiatra o manicomio; además de que se les negaba el derecho a gobernarse a sí mismos incapacitándolos de facto. Cabe tomar en cuenta que este término tiene su origen del término “locura”, el cual era ambiguo y no tenía una rigurosidad al aplicarlo a las personas. Era una concepción popular y que todo mundo entendía o podía oponerse debido a su ambigüedad y fácil revocabilidad. Siendo esto la razón de ser de la antipsiquiatría.

Se puede definir la antipsiquiatría como un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XX. Es decir, critica y se opone a muchas de las prácticas psiquiátricas de la época. Cooper (en Alfons, 2002) extiende la definición proponiendo que la antipsiquiatría es política y subversiva, por su misma naturaleza, con respecto al represivo orden social burgués.

Lo que este movimiento plantea, socialmente hablando, es un análisis de las pretendidas ciencias de la salud mental, del trabajo social y de la educación; como aparatos de control social en cuanto a sus paradigmas mayoritarios de

análisis e intervención; es decir, que la forma de emplear las diferentes teorías terapéuticas no se modifica, sino lo que cambia es la noción de la enfermedad.

La antipsiquiatría reconoce la existencia de muy pocas enfermedades de origen orgánico (encefalitis), pero aún en tales casos prefieren hablar de “enfermedades orgánicas”; las demás serían más bien “actitudes del individuo” juzgadas sobre criterios éticos o culturales y vividas por él con un lenguaje propio al cual recurre en busca del calor humano que no halló por otros caminos.

Podemos sintetizar así algunos de los postulados de esta corriente:

a) Rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio-asilo, autentico productor de trastornos irreversibles.

b) En su formación, el psiquiatra, debe estar preparado para luchar contra el sistema que permite las condiciones nefastas de la actual asistencia

c) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado; sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad. (Malestar de la cultura)

d) La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los aniquila con el tratamiento.

e) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional).

f) No deben existir fronteras -y menos amenazantes- entre personal y paciente; entre salud y locura.

g) La esquizofrenia es la consecuencia de toda una serie de represiones perpetradas por la familia y la sociedad. A esta violencia le siguen procesos de relegación que desembocan en la institución psiquiátrica.

h) Más que la locura; merece cuestionamiento el lugar social en que "se desarrolla la enfermedad".

La antipsiquiatría pone en evidencia, en primer lugar, la perversión de las instituciones dedicadas a la salud mental que generan o cronifican la enfermedad. Este fue el aspecto que se privilegió desde algunos grupos que se adhirieron a la propuesta. Aunque en muchos casos se pasó al tratamiento de la enfermedad mental en "comunidades", con lo cual se extendían los límites y se abrían las puertas de la institución pero persistía el modelo médico.

El propósito de esta investigación es el de conocer la eficacia de la terapia psicológica en la esquizofrenia y para lograrlo creemos necesario dividir nuestro trabajo de la siguiente manera: capítulo 1 definición y criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia: en el cual también se describen las características necesarias para el diagnóstico de la esquizofrenia así como los diferentes tipos que existen de esta enfermedad. Capítulo 2: Terapéutica aplicada a la esquizofrenia: muestra las diferentes formas en que, desde la psicología, se interviene a personas con este tipo de padecimientos. Y el capítulo 3. Eficacia de la terapia psicológica: muestra algunas de las investigaciones que se han realizado desde cuatro terapias psicológicas: Terapia Psicosocial, Terapia y Reestructuración Cognitiva, Terapia Integrada de la Esquizofrenia y Terapia Psicoanalítica; obteniendo de esta manera elementos que nos permitan un análisis de las ventajas de cada una de ellas.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN Y CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

1.1 Definición:

1) El término “esquizofrenia” se refiere a una “perturbación mental grave y prolongada que se manifiesta por una gama amplia de alteraciones en el pensamiento, lenguaje y conducta” (Goldman, 1996). 2) La esquizofrenia es considerada como un grupo de trastornos con cuadros clínicos similares y sin una causa conocida; los cuales incluyen perturbaciones del pensamiento y síntomas característicos como delirios, conducta errada, alucinaciones y deterioro en el funcionamiento general (Jacobson y Jacobson, 2002; y Solomon, 1976).

El inicio de la esquizofrenia generalmente se presenta entre los 20 y 30 años, excepto en la esquizofrenia paranoide que puede aparecer después. La enfermedad puede presentarse de forma repentina o con síntomas prodrómicos previos (depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondriasis, dificultades para concentrarse e inquietud), dependiendo del paciente. Generalmente en el adulto, la presencia de la esquizofrenia comienza cuando las personas cercanas al enfermo manifiestan que éste ha cambiado o ya no es el mismo. El sujeto comienza a funcionar mal en las distintas áreas de su vida, además de mostrar una falta de interés en su cuidado personal. Así, mientras más se va alejando la persona de la realidad; más va experimentado los siguientes sentimientos:

1. Perplejidad: Las personas manifiestan cierta extrañeza en cuanto a sus experiencias y no entienden de donde se originan estos síntomas.
2. Aislamiento: El enfermo desea estar sólo y esto le ocasiona un sufrimiento por la soledad en la que vive.

3. Ansiedad y terror: Se presenta en periodos de terror intenso y se le atribuye a situaciones externas (Goldman, 1996).

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas particulares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral; se debe descartar que las disfunciones sean ocasionadas por un trastorno esquizoafectivo, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos o producto de efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social (DSM-IV).

1.2 Criterios de Diagnostico:

Para diagnosticar la esquizofrenia el DSM-IV ha establecido los siguientes criterios:

- A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes (cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes o menos si ha

sido tratado con éxito). Existen síntomas positivos y negativos: Los síntomas positivos son los que reflejan una distorsión o un exceso en las funciones normales. Entre estos están:

Ideas delirantes: Son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes: la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son comunes: 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 fija 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. Las ideas delirantes se califican como extrañas, si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz; ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo; éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior (robo del pensamiento), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente (inserción del pensamiento) o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior (ideas delirantes de control).

Alucinaciones: Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles) pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, 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 (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el Criterio A. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial, las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales.

Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia): El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento, pérdida de las asociaciones) ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. El DSM-IV pone énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado, debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto. Así, el lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de las asociaciones). Las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad). 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). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización menos grave del pensamiento o del lenguaje.

Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado: El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiles hasta la agitación impredecible. Cabe observar los 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 (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso), presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible. Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o 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). Aunque la catatonía ha sido asociada históricamente con la esquizofrenia, el clínico debe tener presente que los síntomas catatónicos no son

específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos

Los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos es su persistencia durante un período de tiempo considerable; a pesar de los esfuerzos dirigidos a resolver cada una de las causas que a continuación se describirán. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas «deficitarios» y entre ellos están:

Aplanamiento afectivo: El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con sus prójimos.

Alogia: La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar; un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes.

Abulia: La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales. A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos y positivos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en

continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización).

Para hacer un diagnóstico, sólo se requiere un síntoma del Criterio A; si las ideas delirantes son extrañas, 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. Existen otros criterios para diagnosticar la esquizofrenia que no son considerados ni positivos ni negativos; dentro de ellos está: Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de si mismo; están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. (Cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, es fracaso en alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Duración: Para diagnosticar esquizofrenia es necesario que las alteraciones se presenten durante un periodo de al menos 6 meses. Debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan con el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito). Puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales; dentro de estos períodos de la enfermedad pueden solo estar presentes síntomas negativos o al menos dos síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Por otro lado existen criterios de exclusión:

- A. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; 2) si los episodios de

alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

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

1.3 Subtipos:

El diagnóstico de un subtipo en particular se basa en el cuadro clínico que motivó la evaluación o el ingreso al hospital y por tanto; pueden cambiar con el tiempo. Para cada uno de los subtipos siguientes se aporta texto descriptivo y criterios diagnósticos por separado:

- Tipo paranoide
- Tipo hebefrénico o desorganizado
- Tipo catatónico
- Tipo indiferenciado
- Tipo residual
- Tipo infantil

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad.

Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas): se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico): se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo indiferenciado es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan los criterios para la fase activa (DSM-IV).

1.2.1 Tipo Paranoide:

La característica principal de la esquizofrenia de tipo paranoide 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. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad, condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira pueden predisponerle a la

violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos; algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

1.2.2 Tipo hebefrénico o desorganizado:

Es una forma de aparición precoz (frecuentemente en la adolescencia), de comienzo usualmente insidioso y de evolución crónica. Las características de este tipo consisten: en incoherencia, falta de delirios sistematizados, conducta desorganizada que no es catatónica y efecto embotado, inapropiado o perezoso. El cuadro clínico suele estar acompañado de antecedentes de funcionamiento y adaptación deficitarios, incluso antes de la enfermedad, inicio temprano e insidiosa, y evolución crónica sin remisiones importantes. La alteración social suele ser extrema (Guzmán, 1992).

1.2.3 Tipo catatónico:

Consiste en estupor, excitación, mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas; la sola presencia de síntomas catatónicos puede indicar un trastorno mayor del estado de ánimo o un síndrome mental secundario a un padecimiento médico general. (Goldman, 1996)

1.2.4 Tipo residual:

Consiste en la falta actual de síntomas de fase activa (Criterio A), pero sí hay manifestaciones continuas de la alteración (como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A

para la esquizofrenia), presentes de una forma atenuada. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas (DSM-IV y Goldman, 1996).

1.2.5 Tipo no diferenciado:

Los rasgos incluyen conducta muy desorganizada, alucinaciones, incoherencias o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide.

1.2.6. Tipo infantil:

La más característica y mejor individualizada es la que se presenta por debajo de los 10 años. A medida que la edad es mayor sus rasgos clínicos se aproximan más y más a los propios de las esquizofrenias entre los adultos. La esquizofrenia infantil se caracteriza, frente a la esquizofrenia de los adultos, por la mayor importancia que toman en su cuadro clínico los síntomas clásicos: la disociación del pensamiento y de la personalidad, el autismo y los trastornos de la afectividad. En cambio, las vivencias delirantes permanecen en una posición clínica menos relevante; lo que se debe a la escasa capacidad de los niños para construir delirios. (Alonso-Fernandez, 1978)

1.4 Diagnóstico:

Se debe realizar un diagnóstico diferencial para excluir los posibles padecimientos que pueden tener síntomas similares a la esquizofrenia. Entre estos se encuentran los trastornos mentales debidos a un padecimiento médico general que pueden presentar delirios y alucinaciones: el consumo de fármacos y de alcohol, etc. También es importante descartar la existencia de trastornos metabólicos y circulatorios como los de: anorexia aguda, arteriosclerosis crónica,

hipertiroidismo, esteroides yatrógenos a altas dosis u otros padecimientos generales; especialmente las enfermedades neurológicas.

Otro cuidado que se debe tener es el distinguir entre el diagnóstico de esquizofrenia y el de trastornos graves del estado de ánimo, ya que tanto la evolución como el tratamiento de ambas es muy diferente. En el segundo caso, la evolución de la enfermedad en un individuo que padece un trastorno del estado de ánimo, por lo general es recurrente; donde existen intervalos libres de síntomas entre las crisis que se manifiestan. En cambio, en el caso de la esquizofrenia, es continuo y con frecuencia tiende a empeorar; particularmente sin tratamiento. El esquizofrénico es vulnerable al estrés y en su evaluación puede encontrarse algún trastorno del pensamiento. Así, una historia familiar de esquizofrenia apoya el mismo diagnóstico en algún miembro psicótico de la familia. En contraste, una historia familiar de trastorno del estado de ánimo es tan habitual, que no debería tomarse como argumento en contra de un diagnóstico de esquizofrenia en un paciente (Goldman, 1996).

Un modo de complementar los hallazgos son los tests psicológicos; que por sí mismos apenas pueden establecer el diagnóstico de esquizofrenia. En la mayor parte de los estudios clínicos no se utiliza un solo test sino una batería, compuesta por tests proyectivos, psicométricos e inventarios de personalidad. Los tests proyectivos más frecuentes son el Rorschach (manchas de tinta), el TAT y el test del dibujo. El cuestionario de personalidad más utilizado es el MMPI. También se utilizan tests psicométricos, dentro de ellos el más frecuentemente utilizado es la escala de inteligencia para adultos Weschler (WAIS) (Redueles, 1990).

A la hora de realizar el diagnóstico de esquizofrenia, por regla general, los tests proyectivos son tomados como mejores que los psicométricos por la riqueza del material dinámico que procuran, aunque los psicólogos experimentales critican estas técnicas por su falta de fiabilidad.

Según el DSM-IV el pronóstico es bueno, si el inicio de la enfermedad es súbito y se puede identificar fácilmente un factor estresante precipitante. De igual manera si el funcionamiento social del sujeto era adecuado antes de que se desarrollara la enfermedad o si su desempeño en una situación fuera del ambiente familiar era exitoso, hay mayor probabilidad de salir con éxito del padecimiento. Por otro lado, el pronóstico es pobre si las condiciones anteriores resultan a la inversa.

Cabe mencionar que las incidencias que se presentan en el inicio de la enfermedad y en el tratamiento, son mayores en los hombres de 15 a 24 años de edad; mientras que para las mujeres es de entre los 25 y 34 años. Ambos tienen un pródrómo promedio de más de un año. Sin embargo; el número de pacientes en tratamiento alcanza el punto máximo entre los 34 y 44 años de edad, lo que muestra una cronicidad. De esta manera, el 90% de los esquizofrénicos que se encuentran en tratamiento están entre los 15 y los 54 años de edad. Y los que sobreviven a los 60 años, no necesitan un tratamiento activo ya que el trastorno se atenúa con la edad.

CAPÍTULO 2

TERAPÉUTICA APLICADA A LA ESQUIZOFRENIA

El tratamiento que se utiliza hoy en día para la esquizofrenia es una combinación de los métodos biológico, psicológico y sociológico llamado tratamiento combinado. En este se trabaja de manera integral, y en muchos casos se incluye a la familia en el mismo.

Aunque estas intervenciones aún no se usan en el 100% de los casos, han mostrado resultados favorables cuando se han aplicado. También hay que tomar en cuenta que es muy importante establecer una “alianza terapéutica” entre el clínico y el paciente en la cual debe existir confianza. Además el psiquiatra debe aceptar al paciente como es y debe estar consciente de que, si bien éste no acatará las instrucciones que le solicite de manera que les sean imposibles; sí deben abandonar las conductas inadaptadas de su enfermedad y deben aprender a funcionar en su entorno. Sin embargo, estas intervenciones tienen tanto aspectos positivos como negativos que hay que tomar en cuenta (Goldman, 1996).

Los objetivos y tareas de estos tratamientos varían de acuerdo a cada paciente y a las circunstancias en que se encuentra éste. Aún así, se debe tener en cuenta que el fin último de la intervención es reducir al mínimo el estrés y la vulnerabilidad del paciente; además de potencializar las capacidades de adaptación, reforzar los apoyos sociales.

2.1 Tratamiento Psicosocial:

En el Tratamiento Psicosocial; diversos estudios han mostrado que estas intervenciones psicosociales integradas al tratamiento en pacientes esquizofrénicos pueden ayudar en la mejora de la enfermedad. Estas abarcan:

- Terapia individual

- Terapia de grupo: entrenamiento en habilidades sociales e intervención familiar
- Rehabilitación laboral
- Intervención precoz.

La Terapia Individual funciona principalmente como terapia informativa; en donde se le da a conocer al paciente la sintomatología, pronóstico, tratamiento, medicación, identificación de signos y el curso de dicha enfermedad. El tratamiento se diseña de acuerdo a la fase de la enfermedad (aguda, de estabilización o estable) y a la capacidad que tenga el paciente de afrontar las situaciones.

Uno de los enfoques utilizados con pacientes esquizofrénicos es el llamado tratamiento de perspectivas y de apoyo, el cual premia el esfuerzo positivo y brinda apoyo a la estructura básica de la personalidad. En este tipo de tratamiento, el psicoterapeuta debe conocer a fondo el caso y evitar en la mayor de sus posibilidades hablar de situaciones que pudieran alterar el estado del individuo como pueden ser los motivos internos o interpretaciones de sus conductas o temores. Es por ello que la eficacia del tratamiento es el centrar al paciente en la realidad y en la solución de problemas inmediatos para así lograr su adaptación y recuperación exitosa.

Estudios de resultados han demostrado que las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes externos a quienes se les asigna terapia con poca frecuencia (una vez al mes) reportan poco beneficio adicional. Lo que coincide con el tiempo requerido para observar los efectos del tratamiento como cambios graduales en las dosis de neurolépticos.

A últimas fechas se utiliza el “manejo del caso” que se refiere al mantenimiento del entorno físico y social con el objetivo de que se les facilite “sobrevivir” en él y tener un mejor desarrollo personal. Dentro de este enfoque existen 3 tipos de tareas:

- a) Desarrollar una relación empática con el paciente
- b) Modelar las conductas sanas
- c) Modificar el entorno en el que vive el paciente

Para la Terapia de Grupo es importante la intervención y el involucramiento de la familia en el proceso de tratamiento; debido a que es la familia quien con frecuencia cuida de los pacientes y puede serles útil la información sanitaria, la orientación o el apoyo para que realicen estas funciones de manera óptima. Se ha encontrado que algunos familiares, los cuales desconocen la enfermedad, pueden mostrarse altamente críticos o sobreprotectores con los pacientes, lo cual puede ocasionar una recaída en éste.

Los objetivos de la intervención familiar contemplan la reducción de las recaídas del paciente, su mejoría funcional, la disminución de la carga familiar además de mejorar tanto la relación, como el funcionamiento de la relación familiar. Todos los enfoques (psicosocial, terapia cognitiva, grupos de autoayuda, terapia integrada de la esquizofrenia, psicoanálisis y tratamiento farmacológico) consideran de gran importancia la intervención de la familia en el tratamiento, de manera que se forme un trabajo conjunto entre él paciente y esta. Así mismo, dichos enfoques ponen énfasis en la educación respecto de la enfermedad por parte de los familiares y acerca del curso de la misma; también en la enseñanza de las formas de afrontar y solucionar problemas dentro de la familia junto con el papel que juegan en el tratamiento del paciente. Aún no se ha demostrado que algún enfoque sea superior a otro; pero con la participación de la familia en el tratamiento se han reducido a la mitad las recaídas de los pacientes.

El tratamiento a la familia puede ocasionar situaciones desfavorables para el paciente en fase aguda pues el nivel de estrés puede impedir una participación adecuada. Todo esto sin considerar que algunos enfoques mencionan el papel de las influencias familiares, entre la infancia y el momento actual, como posibles causas de la esquizofrenia. No obstante, cuando el paciente se encuentra en la

fase aguda de la enfermedad, es el mejor momento para empezar a educar a la familia acerca de la misma; pues es en este instante cuando se encuentran con mayor disposición para buscar información que los oriente y tranquilice, hacer preguntas o recibir consejos. En este periodo pueden ser atendidas en grupos de familias en la misma situación o pueden ser tratadas de manera individual. Además el terapeuta debe tomar en cuenta las preferencias del paciente y de la familia en el momento de considerar o establecer el tipo de intervención familiar a emplear, así como ser flexible a las sugerencias dado el papel tan importante que representan estas personas para llevar a buen término dicha intervención.

En la terapia de grupo existe una gran variedad de modalidades terapéuticas. Como ya se mencionó, puede haber grupos para educar acerca de la enfermedad y contestar preguntas, también grupos para dar consejos o la psicoterapia de grupo e incluso combinaciones de algunas de éstas.

Este tipo de terapia resulta favorable para entrenar al paciente en habilidades sociales, solución de problemas, cumplimiento farmacológico y ayuda con los efectos secundarios, afrontar situaciones estresantes y tener una rehabilitación sociolaboral, además de que los alientan a participar en actividades recreativas. La duración de la terapia debe ser continua y constante a lo largo de la enfermedad, pues así se obtienen mejores resultados.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que no todos los pacientes esquizofrénicos pueden tomar este tipo de terapia, pues hay quienes la rechazan una vez que conocen la forma de trabajo o los que manifiestan alucinaciones constantes, desorganización del pensamiento y un bajo control de impulsos.

En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales consiste básicamente en el adiestramiento de conductas que permitan una mejor respuesta y adaptación dentro de la sociedad. El objetivo de dicha modalidad es que el paciente esquizofrénico lleve una vida social lo más independiente posible.

Liberman (citado en Chinchilla, 2000) establece 3 modelos de entrenamiento en habilidades sociales:

1. Modelo de Habilidades Sociales básicas: Se fundamenta en el juego de roles por medio del cual se les enseñan dichas habilidades.
2. Modelo de resolución de problemas: Se les dan estrategias para afrontar situaciones sociales no ensayadas y así, generar respuestas alternativas.
3. Modelo de focalización de la atención: (Dirigido a esquizofrénicos con deterioro cognitivo grave) se les enseña principalmente aptitudes de conversación.

A pesar de esto hoy en día existen pocos centros donde se impartan este tipo de terapias debido a que no tienen la infraestructura necesaria, formación de personal y dedicación que se requiere.

Por otro lado, este tipo de tratamiento también integra a la familia del paciente esquizofrénico, con la finalidad de informarlos acerca de la naturaleza de la enfermedad y de esta manera evitar situaciones estresantes para el enfermo, así como los signos de las recaídas.

Si la familia se integra al tratamiento, el tiempo en que aparece una recaída aumenta, hay una mejora en la enfermedad, disminuyen las hospitalizaciones, los costos económicos y personales. Debe existir flexibilidad en cuanto al nivel cultural y estructuras clínicas asistenciales disponibles.

La fase aguda de la enfermedad es el mejor momento para que la familia se integre al tratamiento. Esto se realiza a través de métodos educativos prácticos y adecuados, que son preferentes para las familias con escasos conocimientos de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia y las que presentan alta expresividad emocional; sobre todo actitudes hostiles. Las estrategias a seguir son:

- ◆ Integración familiar precoz en un ambiente no culpabilizador.
- ◆ Entrenamiento en identificación de signos de recurrencia y para intervención en crisis.
- ◆ Establecer límites de conducta inaceptables.
- ◆ Psicoeducación sobre la naturaleza de la enfermedad.
- ◆ Manifestaciones, curso y tratamiento de la esquizofrenia.
- ◆ Mejora en la comunicación.
- ◆ Reducción de estrés y expresión emocional.
- ◆ Enseñanza en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas familiares.

El principal evento en donde la familia busca apoyo es en las situaciones de crisis, en las cuales se debe llegar, entre el paciente, la familia y el médico a un acuerdo para actuar en esos casos.

Dentro de este tipo de terapia se dan los Programas Específicos de Intervención Precoz; este tipo de terapia consiste en identificar, una vez que el paciente se ha reintegrado a su familia, los síntomas que anteceden a las crisis o a las recaídas, como medida de evitar una rehospitalización. De esta manera la familia y el paciente deberán atender a todas las pequeñas señales que apunten hacia una recaída; puede haber síntomas o manifestaciones de conductas exageradas como: exceso de maquillaje conductas que se dejan de hacer como la falta de preocupación por el aspecto personal. Entre los síntomas más frecuentes para la identificación de las crisis se encuentran: tensión, nerviosismo, irritabilidad, depresión, sentimientos de inutilidad, disminución del apetito, alteraciones del sueño y de la memoria, falta de motivación, apatía, aislamiento, entre otros.

La familia y el paciente reciben una educación sanitaria respecto de los síntomas y conductas que anteceden a las crisis o recaídas y deben ser vigiladas de manera regular. Tienen o pueden solicitar atención las 24 horas del día los 7

días de la semana. Se debe tener un contrato o acuerdo, entre la familia y el paciente, donde se especifiquen las medidas que se aplicarán de manera forzada si el sujeto se niega a colaborar con el tratamiento.

Es muy común que la intervención precoz produzca efectos adversos en el tratamiento de este tipo de pacientes. Existen varios síntomas que presenta una persona con esquizofrenia y que son transitorios, lo cual puede generar incomodidad por la constante vigilancia de parte de los demás y el temor de volver a ser hospitalizado; también puede ocasionar una falsa alarma que lleve a modificar la dosis de fármacos y se presenten efectos adversos por un exceso en medicamento. Los psiquiatras, los familiares e incluso los mismos pacientes, no deben centrarse específicamente en los síntomas adversos, más bien debe resaltarse la mejoría de los síntomas y la función, en lugar de la patología (Chinchilla, 2000 y Fernández, 2001).

Además de las terapias antes mencionadas; existe la rehabilitación laboral para esquizofrénicos, en donde existen distintos programas que se desarrollan en diferentes niveles:

- a) Hospitales.
- b) Talleres protegidos: Es un ambiente estructurado que permite realizar actividades y tareas sencillas en jornada reducida y con menor presión laboral.
- c) Residencias protegidas: Existe vida en comunidad y trabajo en actividades de su propiedad.
- d) Programas de empleo protegido: Actualmente dirigido solo a personas con retraso mental.
- e) Programas de asertividad comunitaria: Se da la utilización de equipos ambulantes de tratamiento que aportan asistencia comunitaria. Incluye la asistencia de tratamiento psiquiátrico, apoyo social, búsqueda de trabajo, apoyo laboral, etc.

- f) Clubes de empleo: Entrenamiento en búsqueda de trabajo y su mantenimiento en el mismo.
- g) Modelo de la Universidad de Boston: Aborda las necesidades del paciente en la vida diaria, el aprendizaje y el trabajo.

Pese a estos modelos; no existe una cultura en la que el enfermo mental pueda introducirse al ámbito laboral y esto dificulta su recuperación.

Existen otras formas de intervención que se realizan en los Estados Unidos de Norteamérica, y consisten en intervenciones en la comunidad u hospitalarias, por ejemplo:

2.2 Programa de Tratamiento Forzado en la Comunidad (PTFC):

Está diseñado específicamente para los individuos con esquizofrenia que presentan una mala función y un ajuste marginal; con objeto de prevenir las recaídas y optimizar la función social y laboral. Se utiliza un tratamiento individualizado en la comunidad, basado en las deficiencias, sus habilidades de afrontamiento, sus valores positivos y los requisitos para la vida en la comunidad.

El tratamiento se lleva a cabo en el domicilio del paciente, en su trabajo, etc. los miembros del equipo terapéutico ayudan al paciente en las labores del hogar como lavar ropa, utilizar el transporte y administrar el dinero. Le ayudan hasta el momento de encontrar un empleo, después de esto los individuos mantendrán contacto con el equipo regularmente para evitar las recaídas; también se les orienta acerca del tiempo libre y los ratos de ocio. Esta técnica se basa en resaltar los puntos fuertes de los pacientes para su adaptación en la vida en comunidad.

2.3 Residencias de Fairweather (Programas de Seguimiento Evolutivo):

En este tipo de intervención se utiliza un modelo transicional; donde los pacientes que recibieron inicialmente un entrenamiento en el hospital, fueron después trasladados a una residencia de la comunidad supervisada, para alcanzar finalmente una autonomía en una residencia de autoayuda en la comunidad; utilizando solo la ayuda profesional de consultores.

Este tratamiento también resalta los puntos fuertes del paciente y les proporciona una retroalimentación positiva en su integración al mundo.

2.4 Rehabilitación mediante Técnicas Sociales:

Se define como el empleo de técnicas conductuales que permiten a los pacientes adquirir habilidades instrumentales, en los campos considerados necesarios para mejorar las relaciones interpersonales.

Tiene como objetivo poner remedio a deficiencias específicas de la función del rol del paciente. Pueden entrenarse en forma individual o en grupo. Se les enseñan sistemáticamente las conductas específicas que son necesarias para el éxito en las interacciones sociales; pueden además enseñárseles a identificar los efectos secundarios de la medicación, detectar las señales de recaídas, negociar la asistencia médica y psiquiátrica, expresar sus necesidades a los miembros de la comunidad y realizar entrevistas laborales. Se instruyen mediante la demostración que realiza el terapeuta de la forma en que el paciente debe comportarse en una situación específica; se espera que el paciente note la manera correcta de comportarse y luego lo realice dando oportunidad de que el terapeuta lo retroalimente y deje tareas para que el paciente las realice en otro lugar fuera del consultorio y de la relación con éste.

Puede haber reacciones adversas cuando se pide a los pacientes que realicen tareas en las cuales sus capacidades son rebasadas y provocan fracasos. Los fracasos repetitivos pueden ser estresantes y desmoralizantes para los individuos; los terapeutas deben establecer objetivos realistas y seleccionar a los pacientes en los cuales sea apropiado este enfoque de rehabilitación. Éstos deben presentar un déficit moderado o grave de la función social, ya que pacientes con una mejor función social requieren otros enfoques. Pueden aplicarse en grupo o de manera individual.

2.5 Terapia y Recuperación Cognitiva:

La recuperación del deterioro cognitivo que presentan muchos individuos con esquizofrenia como: la tendencia a la distracción, los problemas de memoria, la falta de vigilancia, los déficits de atención y las limitaciones de la planeación y toma de decisiones, representan el principal interés para esta terapia. Se cree que la recuperación de los procesos cognitivos anormales permitirá aumentar la capacidad de los pacientes en aprovechar otros enfoques de tratamiento y mejorar los aspectos, sociales y de otro tipo, de la función.

Aun cuando la terapia cognitiva parece prometedora, no se han realizado demasiados estudios que demuestren su eficacia; además las técnicas están aún en fase de desarrollo y no son aplicadas de forma habitual.

2.6 Terapia Integrada de la esquizofrenia:

Para esta terapia la esquizofrenia ya no se atribuye a una sola causa del área biológica o psicosocial, sino a la acción conjunta de muchos factores individuales que pertenecen al área biológica y psicosocial. Además el paso de una o varias causas de la enfermedad, a la enfermedad manifiesta, ya no se explica en forma unilateral no se orienta desde la o las causas al efecto (en forma causal, unidireccional), sino un proceso de efecto recíproco donde los factores

causales y la propia enfermedad se influyen, se refuerzan o debilitan mutuamente; en forma directa, o unos sobre otros a través de factores mediadores.

A simple vista, lo anterior no representa ninguna novedad en lo que a concepciones sobre esquizofrenia se refiere. Lo que las diferentes teorías han dejado de lado y, es esencial para fundamentar la Terapia Integrada de la Esquizofrenia, son los procesos mediadores entre disfunciones neuroquímicas y síntomas conductuales en la esquizofrenia. Entre los procesos mediadores o intermediarios en dicha enfermedad están afectados los procesos de la atención y la percepción, así como el reconocimiento, la integración y la transformación de estímulos externos en internos; lo que en psicología se conoce como Cognición. Existen muy pocos enfoques terapéuticos orientados a los trastornos de los procesos cognitivos intermediarios o que los tomen en cuenta para integrarlos en programas más exhaustivos de tratamiento.

La afirmación de que los trastornos cognitivos son indicadores centrales de la esquizofrenia y forman la base de la sintomatología característica de las esquizofrenias, tiene una larga tradición clínica. Ya Bleuler en 1911 sostenía que los trastornos primarios en los procesos cognitivos elementales constituyen un importante factor, determinante en los trastornos del pensamiento en la esquizofrenia. (Roder y cols., 1996)

El principal concepto en la Terapia Integrada de la Esquizofrenia es el de "procesamiento de la información", el cual define aquellos procesos que identifican, combinan y evalúan la información entrante. El modo en que las personas experimentan la vida y la manera en que la enfrentan está determinado por la forma de procesar la información. Las teorías acerca de como los humanos procesan la información, intentan seguir el flujo de ésta desde el estadio inicial de la recepción hasta el procesamiento a niveles superiores de organización y al punto en que los datos procesados se transforman en conducta observable.

Los pacientes esquizofrénicos tienden a presentar cambios específicos en muchas áreas del procesamiento de la información; entre ellas se encuentran las siguientes disfunciones: problemas en la selección de estímulos relevantes y en el filtrado de estímulos irrelevantes, dificultad para mantener y dirigir la atención focalizada, para disponer de la información previamente almacenada y para identificar estímulos, disminución de la capacidad de abstracción, de derivar conclusiones deductivas y análogas correctas o evocar la respuesta apropiada debido a la interferencia con otras respuestas competidoras.

De acuerdo con estas disfunciones el programa terapéutico fue creado a partir de los siguientes subprogramas:

- Diferenciación Cognitiva.
- Percepción Social.
- Estrategias Cognitivas de afrontamiento.
- Entrenamiento en Afrontamiento al estrés (entrenamiento en relajación).

Para cada subprograma se muestra una serie de diapositivas; para el área de percepción social sólo se le presenta durante unos minutos. Luego se enciende la luz y se pide que describa lo que recuerde; después se presenta nuevamente la diapositiva para que la comparen con sus impresiones iniciales. Si decide verificar sus impresiones se le permite observar la diapositiva por más tiempo. De este modo los pacientes se vuelven más activos, mantienen un nivel de concentración más alto y mejoran notablemente su conducta social.

Para las estrategias cognitivas de afrontamiento, las situaciones presentadas son ordenadas según el grado de ansiedad que provocan: desde las que producen menor ansiedad hasta las más estresantes. Como a los pacientes se les presentan diapositivas con situaciones que representan crítica, rechazo, sobreimplicación o presión social, es posible tocar estos dificultosos temas desde

una perspectiva de distanciamiento. A medida que avanza su trabajo con diapositivas, se les anima a hablar de sus problemas actuales.

En cuanto al caso del afrontamiento al estrés: se les desensibiliza ante diapositivas que muestran situaciones de bajo impacto de estrés, gradualmente son expuestos a situaciones más inductoras de temor. Los participantes observan diferentes maneras de reaccionar ante determinadas situaciones sociales para mejorar su capacidad de valorar la situación más adecuadamente. El terapeuta presenta diversos tipos de conductas durante la interacción; primero simular, estar inseguro. Luego aparentar ser agresivos; finalmente, simular que se sienten seguros y normales. (Roder y cols., 1996)

Tanto las estrategias cognitivas de afrontamiento como el entrenamiento en estrés, contribuyen a cambiar importantes aspectos cognitivos mediante la inclusión de autoinstrucciones. Ello se logra dejando que los pacientes piensen y expresen afirmaciones apropiadas, realistas y constructivas sobre ellos mismos; antes de hacerlo, los pacientes trabajan sobre cómo su lenguaje interno negativo influye en la manera de comportarse en determinadas situaciones sociales por ejemplo: cómo sus diálogos internos influyen en la manera de reaccionar al ser invitados a una fiesta en la que habrá muchos invitados a los que no conoce.

2.7 Terapia Psicoanalítica:

No podemos terminar la revisión de los diferentes tratamientos que existen para la esquizofrenia, sin mencionar lo que el psicoanálisis tiene que decir acerca de la misma. Antes de pretender explicar las formas y consideraciones que se deben tener en cuenta cuando se quiere llevar a cabo una terapia psicoanalítica con un paciente esquizofrénico, es necesario, presentar primero cómo es que esta corriente psicológica define dicho trastorno.

El término que fue creado por Beuler (1911), para designar un grupo de psicosis de las cuales distingue tres formas: hebefrénica, catatónica y paranoide. Puso de manifiesto que la disociación (Spaltung) constituye el síntoma fundamental de la esquizofrenia. Esquizofrenia: Palabra que proviene del griego sjizo= hendir, escindir, y fren= espíritu. (Laplanche y Pontalis, 1968).

El término se impuso tanto para la psiquiatría como para el psicoanálisis, aún cuando entre ambas disciplinas existen divergencias en lo que se refiere a la especificidad de la esquizofrenia; además de la extensión del cuadro nosográfico.

Incluso cuando la esquizofrenia se manifiesta en diversas formas entre sí, existen algunas características que se presentan con mayor frecuencia; entre ellas se encuentran: incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas “discordancia, disociación y disgregación”), distanciamiento de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada; por último: el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un deterioro intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspecto demencial. (Laplanche y Pontalis, 1968).

Fromm (1978) considera al esquizofrénico como una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en la época en la que su yo y su aptitud para examinar la realidad, todavía no estaban desarrolladas. Estas prematuras experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones ulteriores.

La temprana experiencia traumática abrevia el único periodo de la vida en el cual el individuo goza, generalmente, de una completa seguridad, poniendo de tal modo en peligro la posibilidad de almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo, que él usará posteriormente en la lucha por la vida. De

manera que un niño de este tipo, quedará considerablemente más sensibilizado para las frustraciones de la vida ulterior de lo que estaría a causa de una experiencia traumática sufrida en una etapa posterior. Por eso muchas experiencias ulteriores de la vida que significan poco o nada para una persona “sana”, y no mucho para un psiconeurótico, ocasionan al esquizofrénico un alto grado de dolor y padecimiento. Su resistencia contra la frustración se agota fácilmente.

Una vez que llega a su límite de tolerancia, escapa de la insoportable realidad de su vida presente tratando de restablecer el mundo autista, delirante del niño; pero esto es imposible porque el contenido de sus ideas delirantes y alucinaciones está teñido, naturalmente, por las experiencias de su vida entera.

Foucault menciona que lo que en realidad sucede es que dicha enfermedad, borra pero subraya: anula una parte, pero por otra exalta. La esencia de la enfermedad no reside solo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo; lo que desaparece son las coordinaciones complejas, la consciencia de sus comunicaciones intencionales, el sentido de la orientación en el tiempo y el espacio y la atención voluntaria que controla y ordena los automatismos. Las conductas conservadas y acentuadas son a la inversa, segmentarias y simples: se trata de elementos disociados que se liberan en una forma de absoluta incoherencia. El monólogo fragmentario sustituye a la síntesis compleja del diálogo; la sintaxis a través de la cual se logra una significación está anulada y no subsisten más que elementos verbales de los que se desprende un sentido ambiguo, polimorfo y lábil; la coherencia espacio- temporal que se adecua al “aquí y ahora” se ha arruinado y no subsiste más que un caos de “ahoras” sucesivos y de instantes insulares. Los fenómenos positivos de la enfermedad se oponen a los negativos como lo simple y lo complejo (Foucault, 1988).

Algunas críticas ponen en duda la posibilidad de llevar a cabo una terapia psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos debido a la incapacidad de éstos para establecer una relación de transferencia, necesaria para dicho tratamiento. Sin embargo; Fromm (1978) sostiene que los pacientes esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones y reacciones de transferencia adecuadas. Pero es el analista quien debe entender e identificar las especificidades de estos fenómenos y tratarlos adecuadamente.

El esquizofrénico se muestra extremadamente suspicaz y desconfiado ante todo el mundo, especialmente ante el psicoterapeuta, que se le acerca con la intención de entrometerse en su vida personal y en su mundo aislado. Esto involucra la amenaza de verse obligado a volver a las frustraciones de la vida y a su incapacidad de enfrentarlas.

A pesar de que el esquizofrénico presenta un retraimiento narcisista, posee una noción de la irrealidad y la soledad de su mundo delirante sustitutivo; por ello anhela contacto y comprensión humanos, pero teme admitirlo frente al terapeuta y frente a sí mismo por temor a una nueva frustración; razón por la cual puede pasar varias semanas probando al terapeuta antes de dar indicios de aceptación, pero una vez que esto sucede su dependencia es mayor que la del psiconeurótico y es más sensible a ésta a raíz de su inseguridad. La actitud narcisista es solo una defensa.

Una vez que el esquizofrénico acepta al analista y quiere confiar en él, percibe de éste inseguridad. Siendo él mismo inseguro y desvalido se sentirá totalmente abrumado por la inseguridad de quien lo tendría que ayudar. Esto puede proporcionar motivos para estallidos de odio y furor, comparables a las reacciones de transferencia negativa de los psiconeuróticos, pero de mayor intensidad debido a que no están limitados por las restricciones del mundo real. Estos estallidos son acompañados de ansiedad, sentimientos de culpa y temor a las represalias; lo que induce un aumento de hostilidad. Esto lleva al

establecimiento de un círculo vicioso: el terapeuta decepciona al paciente; el paciente odia al terapeuta; el paciente teme que el terapeuta lo odie por ello y por consiguiente continua odiándolo; si además el terapeuta teme a su agresividad esto aumenta el temor de ser considerado peligroso e inestable, lo cual aumenta su odio.

El terapeuta también debe observar y evaluar todas las palabras, gestos, cambios de actitud y semblante del paciente como lo hace con las asociaciones de los psiconeuróticos. Cada producción individual, incluso cuando no sea comprendida por el analista, tiene sentido para el paciente. El analista debe tratar de entender y hacer notar al paciente que está tratando no debe intentar, en general, demostrar su comprensión dando interpretaciones, porque el mismo esquizofrénico entiende mejor que nadie sus producciones; debe dar prueba de comprender, cuando lo logra, respondiendo causalmente con gestos o acciones apropiadas a la comunicación del paciente.

Si el esquizofrénico se siente cómodo con su analista, pedirá sugerencias, cuando esté dispuesto a recibirlas. Mientras tanto, lo mejor que puede hacer el terapeuta es escuchar. En el solitario camino del esquizofrénico habrá largos trechos en los que el analista no podrá acompañarlo (Fromm, 1978).

Antes de poder recuperarse, el esquizofrénico tiene que ser curado de las heridas y frustraciones de su vida.

Existen en estos pacientes, medios de expresión a través del lenguaje o de la acción constantes y repetitivos, por lo que se manifiesta que no es posible establecer contacto interpersonal con ellos; ya que dichas conductas carecen de sentido para ellos mismos y no pueden ser comprendidos por los demás. Estas conductas se conocen como estereotipias.

Las acciones estereotipadas de los esquizofrénicos, aparentemente carentes de sentido e inapropiadas, tienen un significado como lo tienen todas sus demás comunicaciones; ellas sirven para ocultar las reacciones emotivas apropiadas que están en el fondo. Las estereotipias esquizofrénicas sirven frecuentemente para cubrir sentimientos amistosos que requieren una respuesta favorable. Son una defensa contra la no aceptación y el rechazo.

La razón de las acciones estereotipadas, como las verbalizaciones indirectas o deformadas, de los esquizofrénicos es su deseo de ser críticos y ambiguos con fines defensivos. El peligro de ser mal entendidos, contra el que se protegen, es idéntico para ellos al riesgo de "otro" rechazo doloroso. (Fromm, 1978).

Al paciente esquizofrénico no se le fuerza a sentarse en el diván; de hecho el paciente debe sentirse libre para sentarse, tenderse en el suelo, caminar, usar cualquier silla disponible o reposar. Nada importa excepto que el analista haga sentir al paciente lo suficientemente cómodo y seguro como para abandonar su aislamiento narcisista defensivo y usar al médico para establecer el contacto con el mundo.

Es totalmente innecesario estimular la asociación libre en estas personas; ellas exhiben espontáneamente las actitudes adecuadas y la capacidad para la expresión libre que el psicoanalista trata de establecer en los pacientes neuróticos por medio de la asociación libre.

Los nuevos teóricos psicoanalistas han dejado de lado los contenidos reprimidos sexuales como las causas de los traumas posteriores. Ahora se considera, para la esquizofrenia, a toda la emoción, todos los sentimientos, pensamientos, impulsos y fantasías que ha tenido la persona durante su vida pasada y presente, respecto a personas importantes para ella, o que persisten en sus formaciones ideales, pueden convertirse en problemas patogénicos y

contenidos de la represión, si son incompatibles con sus normas privadas, las normas sociales de personas importantes de su medio pasado o presente (Fromm, 1978).

No son los aspectos biológicos de la sexualidad sino los rasgos patológicos desde sus relaciones interpersonales lo que más frecuentemente crea problemas sexuales.

La terapia psicoanalítica se propone traer a la conciencia las raíces inconscientes de los problemas de los perturbados mentales. Los sedantes farmacológicos oscurecen la conciencia de lo que sucede durante los episodios de perturbación, y reduce la capacidad del paciente para elaborarlos y comprenderlos, sea en el momento o después.

La hospitalización debe ofrecer a los pacientes la oportunidad de pasar por sus episodios de perturbación con la menor interferencia restrictiva que sea posible; es deseable un mínimo de calmantes químicos. No obstante hay estados psicóticos de tal gravedad, o estados de seria perturbación de duración tan prolongada, o estados de tal grado de ansiedad, que sería un error de juicio pedirle al paciente que los tolere sin ningún auxilio farmacológico.

Se recomienda, cuando sea posible, baños continuos y envolturas húmedas que merecen preferencia sobre los sedantes químicos, excepto con pacientes cuya ansiedad aumenta con las medidas restrictivas; la hidroterapia resulta bastante útil si se le administra como medida terapéutica y no punitiva. Algunos pacientes experimentan un gran alivio de la tensión si se les da algo de comer, sea antes de irse a acostar o cuando los amenaza el insomnio en el curso de la noche.

Algunos enfermeros y terapeutas administrativos son partidarios de dar sedantes a los pacientes recién ingresados, para neutralizar los estados de

ansiedad que pueden surgir en la primera noche; estos estados se pueden y deben contrarrestar con la psicoterapia general (Fromm, 1978).

En resumen, las personas esquizofrénicas han respondido a sus desdichados contactos interpersonales tempranos, no solo con ira y hostilidad, sino también con una regresión parcial a un estado primitivo del desarrollo del yo y de preocupación autista por sí mismos. Esta temprana traumatización y la regresión parcial contribuyen a una débil organización del yo del esquizofrénico. Consiguientemente, éste se siente más amenazado que otras personas por todas las fuertes experiencias afectivas, y sobre todo, por la percepción de sus propios impulsos hostiles.

La psicoterapia dinámica con esquizofrénicos tiene por objetivo ayudar tanto a los pacientes internados como a los externos a adquirir conciencia de la historia y las causas dinámicas desconocidas responsables de su trastorno. Se recomienda el mismo tipo de enfoque psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos durante todas las fases y manifestaciones del trastorno, y un debate sobre el tratamiento y la enfermedad después del restablecimiento, con el fin de ayudar a esos pacientes a integrar su recuperación con su pasado psicótico.

Se entiende a la esquizofrenia, su sintomatología así como su tratamiento terapéutico, como una expresión de la ansiedad y una defensa contra ella. En estas personas la experiencia humana universal de tensión entre la dependencia, el temor de abandonarla, el rechazo de ella, y la hostilidad interpersonal, se magnifica tanto y se hace tan abrumadora que conduce a grados intolerables de ansiedad y luego a la descarga de ésta en la formación de síntomas.

Se considera que la aclaración e investigación psicodinámica de la ansiedad y la sintomatología esquizofrénica, en sus manifestaciones conscientes e inconscientes en la relación entre paciente y terapeuta, es igualmente fundamental en la psicoterapia de esquizofrénicos que en la de otros enfermos mentales.

2.8. Grupos de autoayuda:

Existen opciones de ayuda a pacientes esquizofrénicos que no son considerados formas terapéuticas como tales; aún y cuando realizan una labor en pro de estas personas. El objetivo es un aumento en la participación de la familia para la planificación y aplicación del tratamiento, como una forma de disminuir la dependencia de los profesionales en esquizofrenia, entre estos grupos existen:

Organizaciones de Pacientes: Cuyo principal objetivo es defender y trabajar por el derecho del paciente a elegir entre las posibilidades de tratamiento e incluso que no haya tratamiento alguno.

Organizaciones de Tratamiento de Autoayuda: Son similares a los de Alcohólicos Anónimos. Sus métodos de ayuda son básicamente educativos y cognitivos. Su eficacia no ha sido estudiada.

Organizaciones Familiares: Están formados en su mayoría por los padres de los individuos con esquizofrenia. Tienen como objetivo mejorar los servicios de los psiquiatras a través de la educación y defensa de los pacientes. Existen grupos específicos destinados a los hermanos, a las familias de niños o adolescentes con esquizofrenia.

Estos enfoques pueden tener efectos adversos al negarse a tomar el medicamento que disminuye el riesgo de recaídas y mejora las funciones.

Otro punto a resaltar consiste en conocer los ámbitos de tratamiento de la esquizofrenia. La elección del ámbito de tratamiento puede basarse en la situación clínica del paciente, la preferencia del paciente y la familia, las exigencias del plan de tratamiento y las características de los ámbitos de tratamiento disponibles. Los diversos contextos varían en cuanto a la capacidad de atender a pacientes

psicóticos o con agitación grave y la filosofía del tratamiento; de entre los cuales encontramos:

Hospitales: En estos lugares se puede favorecer una disminución en el estrés de los pacientes y los familiares además de proporcionar un entorno seguro, estructurado y supervisado. También proporciona al psiquiatra la oportunidad de vigilar estrechamente los síntomas del paciente, las reacciones al tratamiento y los efectos secundarios a éste.

Estas instituciones están indicadas para los pacientes que son considerados como una amenaza grave contra sí mismos o contra otras personas, o para aquellos que presentan delirios o alucinaciones tan intensas que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante. La hospitalización de estas personas debe tratarse que ocurra de manera voluntaria. De no ser así, existen países en donde la ley permite a algún familiar pedir su hospitalización cuando se cumplen ciertos criterios.

Uno de sus principales objetivos es facilitar una resolución rápida de los síntomas agudos contando para ello con la atención en un entorno seguro y no estresante. El personal del hospital debe hablar de forma lenta y clara; deben de ser claramente identificables los profesionales, debe haber calendarios y relojes claramente visibles en las salas y deben exponerse los horarios con objeto de que los pacientes dispongan de un referente externo claramente definido.

Hospitalización prolongada: Este tipo de clínicas varían mucho en su estructura, equipo terapéutico disponible y la calidad de la asistencia de una a otra, de ello depende la eficacia, con todo esto se ha encontrado que los mayores beneficios se obtienen mediante la utilización de programas de tratamiento conductuales altamente estructurados, como ejemplo la economía de recompensas, los sistemas de puntos y el ejercicio de estrategias encaminados a mejorar la función de los pacientes.

Hospitalización de día: Es una alternativa a la asistencia intrahospitalaria para los pacientes con una psicosis aguda o como continuación a la estabilización después de una hospitalización breve. Para canalizar a los pacientes a este tipo de hospitales es necesario que cumpla con algunos requisitos: no ser peligroso para sí mismo o para otros, ser capaz de colaborar con el tratamiento, tener a una persona que este dispuesta a prestarle asistencia y que cuente con recursos terapéuticos en su comunidad.

Este tipo de tratamiento tiene la ventaja de disminuir en gran medida la alteración en la vida del paciente, ya que se aplica en un entorno menos restrictivo evitando los estigmas unidos a la hospitalización psiquiátrica.

El Hospital de día debe disponer de un personal similar al que se encuentra en un hospital completo para enfermos agudos, contar con una estrecha participación y coordinación del personal y la familia. Tiene que proporcionar estancias breves durante la noche cuando los pacientes presenten una crisis o exacerbación de los síntomas.

Tratamiento de día: Se utiliza para proporcionar cuidados de apoyo en los pacientes esquizofrénicos en la parte final de la fase de estabilización y en la fase estable de la fase final, no tienen una limitación temporal. Sus objetivos son proporcionar apoyo y programas de tratamiento que ayuden a prevenir las recaídas y mantener o mejorar gradualmente la función social.

Los elementos del grupo terapéutico por paciente son menores que en los hospitales normales y su énfasis está en las actividades prelaborales y recreativas.

La elección del contexto en el que serán tratados los pacientes se debe tomar basados en la probabilidad de éxito y seguridad; tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Evitar que el paciente cause daño a sí mismo o a otros.
- Necesidad de apoyo y estructura externa del paciente.
- Capacidad del paciente de colaborar en el tratamiento.
- Necesidad del paciente de un tratamiento particular o de una intensidad de tratamiento particular que puede estar disponible tan solo en determinados ámbitos.
- Necesidad del paciente de un tratamiento específico para un trastorno psiquiátrico o médico asociado.
- Disponibilidad de apoyo psicosocial para facilitar que el paciente reciba el tratamiento y para proporcionar al psiquiatra una información esencial acerca del estado clínico y la respuesta al tratamiento.
- Preferencias del paciente y la familia.

Los pacientes deben pasar de un nivel de asistencia a otro de acuerdo a estos factores y a una evaluación continua de su disposición y capacidad de aprovechar un nivel diferente de asistencia (Fernández, 2001).

Cabe mencionar que todas estas formas de intervención son acompañadas con dosis de fármacos, la cual se pretende minimizar y de ser posible eliminar; optimizando para ello las funciones psicológicas sociales y familiares.

2.9. Tratamiento Farmacológico:

En este tipo de tratamiento primero se debe elegir el neuroléptico adecuado, para ello se debe tener en cuenta la potencia, alta o baja del mismo. Los fármacos de baja potencia tienen propiedades sedativas e hipertensoras, las cuales hacen que el enfermo sea más tolerante; sin embargo, existe un riesgo mayor de que el enfermo padezca hipotermia maligna y obesidad durante el uso del fármaco. Por otro lado, los fármacos de alta potencia tienen poca actividad anticolinérgica inherente y con frecuencia ocasionan síntomas extrapiramidales o distonía. Además tienen mayor probabilidad de originar síndrome de neuroléptico

maligno, que se caracteriza por fiebre, delirio, disfunción autónoma y rigidez muscular, con 20% de mortalidad cuando no se es tratado.

Como segundo paso en el Tratamiento Farmacológico, hay que tomar en cuenta la dosis del neuroléptico elegido. A últimas fechas se han desarrollado nuevas estrategias de dosificación en los medicamentos con la finalidad de equilibrar los síntomas. Debido al riesgo que se tiene al medicar dosis elevadas a los pacientes, se han utilizado tres estrategias para disminuir las dosis en los años de enfermedad que siguen a la psicosis aguda y hospitalización. La primera de estas estrategias es la de dosis pequeñas, que consiste en encontrar la dosis mínima efectiva para evitar la recurrencia. “Los estudios han mostrado que la dosis parenteral mínima de decanoato de flufenacina o haloperidol, es de 5 a 10 mg por vía intramuscular cada dos semanas, y la dosis oral es de alrededor de 5 mg diarios; ambas dosis pueden triplicarse cuando se exacerban los síntomas, con el fin de evitar la recaída completa” (Goldman, 1996) La segunda estrategia consiste en abocarse a un síntoma específico, en la cual se requiere de vigilancia para el paciente por parte del equipo médico. De la misma manera se actúa con el uso de fármacos sólo para síntomas específicos. La última estrategia se refiere a la suspensión temporal del fármaco; sin embargo, carece de confianza porque disminuye la adaptabilidad del paciente y puede agravar la discinesia tardía.

Por último, como tercer paso hay que tomar en cuenta la duración del tratamiento con el fármaco. En el caso de un paciente que requiere control inmediato, esto se puede lograr con el neuroléptico en 1 o 2 días y en el caso de que un paciente cooperativo no logre la tranquilidad en un lapso de 72 horas, se dan dosis pequeñas de antipsicóticos cada hora para controlar la agitación; sin embargo, pueden haber efectos colaterales al cabo de seis semanas. De manera general la psicosis que presentan los pacientes se puede remediar gradualmente después de 2 a 6 semanas con fármacos administrados moderadamente. En cuanto a la disminución del fármaco, una vez que el paciente es dado de alta, se debe tener cuidado de hacerlo de manera gradual después de 3 a 6 meses de la

misma. Esta disminución del fármaco debe realizarse en la medida en la que el paciente puede ser funcional consigo mismo y con el contexto.

Dentro del Tratamiento Farmacológico también se emplean los fármacos coadyuvantes que ayudan a tratar los efectos colaterales ocasionados por el neuroléptico y para tratar los síntomas que se resisten a los neurolépticos.

Uno de estos estudios fue realizado por Borgoños, Morcillo y Barcia (1995), quienes a una muestra de 100 pacientes diagnosticados con esquizofrenia de acuerdo al ICD-10; el 30% de la muestra correspondía a esquizofrénicos paranoides, el 25% a esquizofrénicos simples, el 23% a esquizofrénicos residuales y el 22% restante a psicóticos cicloides. El objetivo del estudio fue valorar la calidad de vida en función del tratamiento farmacológico recibido. Como instrumento de medida se utilizó la escala de calidad de vida de Heinrichs y cols. en versión española de Humbert (1986), la cual consiste en una entrevista semiestructurada compuesta de 21 ítems, en el que cada uno valora de 0 a 6 puntos. Los ítems quedan agrupados en cuatro categorías: relaciones interpersonales, rol instrumental, funciones intrapsíquicas y objetos y actividades. La muestra fue clasificada en función del tratamiento recibido en cuatro grupos: neurolépticos depot, neurolépticos no depot, asociaciones de ambos y sin tratamiento farmacológico. Los resultados indican que el grupo de pacientes esquizofrénicos que solo reciben neurolépticos depot, obtienen puntuaciones más altas en todas las categorías, por lo que no solo mejora al enfermo en muchos de sus síntomas, sino que también con un aumento mayor en su calidad de vida.

Otro de los tratamientos en la esquizofrenia es el *Tratamiento Combinado* que consiste principalmente en ayudar a que el paciente pueda llevar una vida funcional y en donde existen logros personales sociales y vocacionales. Para ello se les ayuda a reconocer las situaciones estresantes que pudieran llevarlo a caer en la psicosis. Algunos pacientes llevan un tratamiento moderado de antipsicóticos, terapia de apoyo y trabajo con familiares y personas cercanas.

Dentro de los puntos que se deben tomar en cuenta para corroborar si hay mejora en el esquizofrénico o no son:

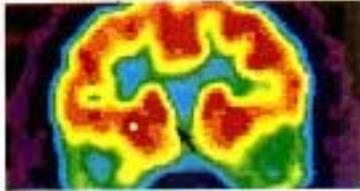
1. “Capacidad para estar solo y, a la vez, sentirse seguro.
2. Desarrollo de un sentido más definido de sí mismo, independiente de otras personas.
3. Modulación muy mejorada del afecto.
4. Capacidad para sentir placer genuino, tanto en logros estéticos como en relaciones interpersonales.
5. Mejoría del trastorno del pensamiento, que varía entre disminución notable y ausencia completa de los síntomas.
6. Reducción de la susceptibilidad a los síntomas psicóticos transitorios.
7. Establecimiento realista de ambiciones personales.
8. Capacidad para lograr reconocimiento por los logros personales.
9. Mejoría del juicio social.” (Goldman, 1996).

Se ha encontrado que la mayoría de los tratamientos se centran en la medicación de fármacos como forma de controlar la enfermedad relegando a un segundo término la terapia educada a los aspectos psicológicos del usuario; ya que aún cuando en la literatura se mencione el uso de técnicas como la solución de problemas, no sabemos los resultados que se obtienen.

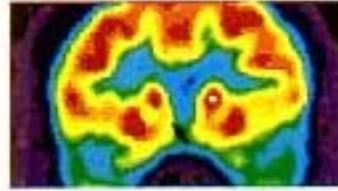
La figura muestra el estudio de PET-scan (tomografía por emisión de positrones) de un paciente esquizofrénico antes y después de aplicar terapia medicamentosa (línea de arriba) y de psicoterapia (línea de abajo). Se ve claramente que los núcleos caudados son sobre excitados en la condición pre y la excitación disminuye en forma más eficiente después de la psicoterapia.

Medication therapy

Pre

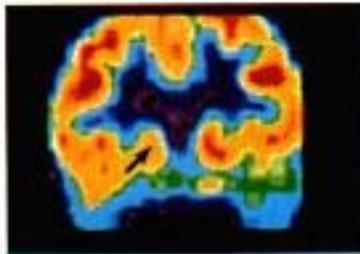


Post

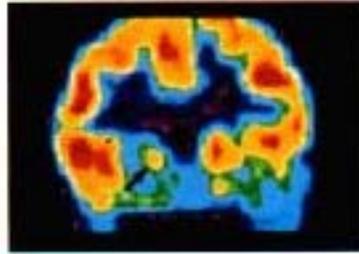


Psychotherapy

Pre



Post



CAPITULO 3

EFICACIA DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA (ESTUDIOS CLÍNICOS)

Este capítulo tiene como objetivo mostrar investigaciones clínicas referentes al trabajo con pacientes esquizofrénicos desde diferentes terapias psicológicas, con la finalidad de conocer el desarrollo de su trabajo y la eficacia obtenida en sus estudios.

3.1. Terapia psicosocial:

Hogarty (en Kane y McGlashan, 1995) utilizó la terapia personal, enfocada a la adaptación psicosocial, acompañada de pequeñas dosis de medicación. El tratamiento incluye tres fases a lo largo de tres años, con objetivos definidos explícitamente para cada fase y con una valoración para el logro de dichos objetivos antes de que el paciente pase a la siguiente fase. Entre los objetivos de la primera fase se encuentran: conexión, estabilización, contrato de tratamiento, dosis mínima de medicación, psicoeducación, técnicas de apoyo amplias, toma gradual de responsabilidades, abordaje en solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. El análisis preliminar de una muestra incompleta sugiere la obtención de ciertas mejoras en los pacientes a los que se les aplicó dicho tratamiento.

Algunos estudios recientes como el de Drake, et al, 1994 (en Kane y McGlashan, 1995) demuestran la eficacia del "empleo con apoyo" en pacientes no internados y motivados que poseen habilidades laborales razonables y trabajo competitivo. Los resultados de dichos estudios son aún preliminares y deberán ser reproducidos y estudiados con mayor profundidad.

Un programa de detección en intervención precoz llevado a cabo en Melbourne ha intentado reducir el tiempo de psicosis activa y traumatismos. A los doce meses de control evolutivo, los datos preliminares indican que el grupo de intervención precoz evoluciona mejor respecto del grupo control. Estos trabajos ponen de manifiesto el planteamiento preventivo y dan la pauta para la aplicación combinada de tratamientos psicosociales y farmacoterapéuticos en la esquizofrenia (Falloon, 1992, en Kane y McGlashan, 1995).

Rico y Sunyer (2001) realizaron un estudio con 43 pacientes en el que hicieron un análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Se utilizaron 4 grupos a los que se les designó diversos factores terapéuticos: grupo 1 utilizó el "output", cohesión grupal, instalación de esperanza e insight; grupo 2 el insight y cohesión grupal; el grupo 3, la instalación de esperanza, el output, la cohesión grupal y el insight y, el grupo 4, la instalación de la esperanza, el output, y la cohesión grupal. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de factores terapéuticos grupales son valorados por 3 grupos de forma similar, mientras que otros parecen tener alguna especificidad respecto al pronóstico del paciente o el contexto en donde se realizan los grupos. Tanto la cohesión grupal como los aspectos conductuales del aprendizaje interpersonal son factores terapéuticos que trascienden las diferencias de contexto, duración de la terapia, gravedad clínica, etcétera. La identificación, como expresión de un mecanismo primario de defensa es comparativamente, mucho más valorada por los pacientes en crisis. Finalmente en los enfermos más estables, con mejor pronóstico clínico y el tratamiento ambulatorio, la comprensión de sí mismo es tan importante como para los grupos de pacientes no esquizofrénicos.

Bustillo, et. al., (2001) realizaron un análisis de diferentes artículos identificando los entrenamientos aleatorios de varias intervenciones psicosociales con la finalidad de identificar los efectos en pacientes esquizofrénicos. Los resultados fueron que la terapia familiar y el tratamiento comunitario asertivo tuvieron claros efectos en la prevención de recaídas psicóticas y rehospitalización,

sin embargo, estos resultados no presentan consistencia significativa. El entrenamiento psicosocial mejora la sociabilidad, pero no hay efectos en la prevención de recaídas. En cuanto a los programas laborales, ayudan en la obtención de empleos competitivos. Algunos otros estudios han mostrado mejoras en delirios y alucinaciones debido a la terapia cognitivo conductual. Y por último encontraron que la terapia personal puede mejorar las funciones sociales.

McMonagle y Sultana (2005) realizaron un estudio donde revisaron los efectos de la economía de fichas en personas con esquizofrenia comparándolo con la atención estándar encontrada en artículos de investigación. En los resultados obtenidos pudieron incluirse análisis tres ensayos controlados aleatorios, en los que solo uno de ellos favoreció el enfoque de economía de fichas para el resultado de "cambios en el estado mental" con una mejoría en los síntomas negativos a los tres meses.

Dixon, Adams y Lucksted (2000) realizaron un estudio enfocado en la intervención familiar combinada con medicación antipsicótica del paciente; en el cual comprobaron la eficacia en la reducción de la carga y de la emoción expresada, la sintomatología clínica, las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes; así como en su rentabilidad económica para los servicios sanitarios.

Otro modelo que ha probado su eficacia es el orientado a la atención el cual ayuda a centrar la atención del paciente en los materiales relevantes para el aprendizaje y, a la vez trata de minimizar las demandas sobre sus habilidades cognitivas. Utilizan sellos múltiples, discretos y de corta duración además de minimizar la distracción por medio de la manipulación de los componentes de enseñanza. Este procedimiento se ha utilizado principalmente con esquizofrénicos crónicos con desorganizaciones de pensamiento, institucionalizados y altamente distraibles y en habilidades de conversación, en donde ha probado mayor eficacia (Lieberman y Corrigan, 1993; Massel, et.al., 1991).

Benton y Schroeder (1990) analizaron 27 estudios de entrenamiento en habilidades sociales con población esquizofrénica en donde encontraron que el entrenamiento de dichas habilidades demuestra gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario. Además se ha comprobado que la sintomatología positiva influye muy poco en la capacidad de los pacientes para adquirir las habilidades.

Aunque Liberman, et. al., (2000) señalan que el entrenar habilidades sociales en contextos naturales favorece la conducta social del paciente, cuando se cambia de escenario o lugar de entrenamiento.

3.2. Terapia y recuperación cognitiva:

Penadés y cols. (2003), quienes trabajaron la rehabilitación cognitiva con 37 sujetos esquizofrénicos; 10 de los cuales no tenían deficiencia cognitiva y los restantes contaban con deficiencia cognitiva simple (como la atención) y compleja (como formación de conceptos). Éstos últimos fueron asignados a tratamiento grupal que consistía en lograr un cambio conceptual para obtener mayor comprensión global. Se encontró que la rehabilitación cognitiva refuerza la relación entre la mejora neuropsicológica y altos niveles de funciones autónomas y sociales.

Otro estudio que reconoce la importancia de las funciones cognitivas en los pacientes esquizofrénicos en el realizado por Lopez-Luengo y Vázquez (2003) quienes pretendían investigar el impacto del entrenamiento en procesos de atención para las funciones cognitivas. Utilizaron a 24 pacientes asignados al azar en dos grupos, uno con entrenamiento en procesos de atención y otro sin entrenamiento. Todos los participantes fueron evaluados en los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas derivadas de la cancelación de tareas y tareas duales. Además los participantes recibieron todas las tareas en línea base y fueron reevaluados subsecuentemente de la misma forma. Ningún grupo mejoró

clínicamente en ninguno de los procesos de atención y memoria, y sólo el grupo entrenado mejoró en cumplimiento de funciones ejecutivas a diferencia del grupo control. Así, con estos resultados concluyeron que es factible usar la práctica en atención para remediar deficiencias en las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia.

3.3. Terapia Integrada de la esquizofrenia:

En un estudio, realizado por Roder et. al. en 1996, los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios: hospitalización mínima de un año, edad entre 20 y 50 años, un CI de 85 en el WAIS; exclusión de pacientes con trastornos orgánico-cerebrales o con dependencia a alcohol o drogas.

En este estudio se compararon grupos de terapia con grupos de control. Los grupos de control fueron grupos de atención-placebo y de control sin tratamiento. En los grupos de atención-placebo se realizaron actividades inespecíficas, como discusiones u otras similares en lugar del programa de terapia, para poder controlar posibles factores interfirientes, como "atención social", "interacciones de grupos", etc. Los pacientes asignados al grupo sin tratamiento recibían solamente tratamiento estándar para esquizofrénicos en un hospital. A todos los pacientes se les hizo un test antes del comienzo de la terapia y después del fin de la terapia. Por cuestiones éticas no se permitió fijar el momento de alta de los pacientes que participaron en el estudio atendiendo a la duración y el nivel de programa de terapia. Así pues, se dio de alta independientemente el nivel del programa de terapia según los criterios habituales del alta. Además se tomaron medidas de control posterior 18 meses después del fin de la terapia para poder apreciar los efectos a largo plazo del programa de terapia.

Los resultados se refieren a 43 pacientes en total (14 pacientes de los grupos de terapia, 15 de los grupos de atención-placebo y 14 pacientes de los

grupos de control sin tratamiento). La formación de cada grupo se realizó según el orden de ingreso de los pacientes al hospital. La edad promedio alcanzó los 36 años, el valor de CI promedio fue de 98, la duración promedio de la enfermedad llegó a casi 6 años, y el tiempo de hospitalización promedio a poco más de 1 año.

Para las dos mediciones (antes del comienzo de la terapia y después de ella) se emplearon los siguientes test psicológicos/psiquiátricos y las escalas de evaluación externa o autoevaluación: el test Benton y el test de atención D2 sirvieron para la evaluación de las capacidades cognitivas centrales; el cuestionario de problemas de Frankfurt (FBF) abarcó trastornos básicos experimentados subjetivamente; el MMPI y el BRPS valoraron las desviaciones psicopatológicas. La escala de adaptación social (PSA) instrumento también de evaluación externa, comprobó los cambios en la conducta psicosocial.

Para la evaluación de los resultados fue utilizado el test de prioridades de Wilcoxon para observar si las puntuaciones diferían significativamente unas de otras. Los pacientes de los grupos de terapia lograron mejorías significativas en cinco de las seis medidas de control en total. Los participantes de los dos grupos control mostraron cambios significativos en dos o tres de las medidas empleadas (grupos de atención-placebo: 2 medidas; grupos de atención sin tratamiento: 3 medidas). Además, se sometió a análisis la varianza de forma cruzada, mediante una prueba "t" para asegurarse de que los resultados no habían estado influidos por diferencias en las puntuaciones preliminares. Los análisis estadísticos demostraron que los grupos diferían significativamente unos de otros al finalizar la terapia, a pesar de que las condiciones iniciales habían sido idénticas. Un análisis de los valores promedio indicó que los grupos receptores del tratamiento habían mejorado su nivel de ejecución en mayor medida que los grupos control.

42 de estos pacientes fueron incluidos ocho meses después de finalizar su tratamiento. Las variables fueron FBF, D2, BPRS, PSA, y el número de hospitalizaciones durante dicho periodo de tiempo. Los datos fueron analizados

con la prueba "t". Con independencia de los valores iniciales, nuevamente se mostraron diferencias significativas entre los grupos. Un análisis adicional de los valores medios dio como resultado que los grupos experimentales de terapia habían logrado valores más altos que los grupos de control en las diversas medidas de evaluación.

Para el número de readmisiones se utilizó el método no paramétrico llamado test Mann-Whitney, ya que el número de readmisiones no presentó una distribución normal y violaba la homogeneidad de la varianza. Los pacientes que pertenecían al grupo de terapia tuvieron rehospitalizaciones con mucha menos frecuencia que los otros grupos control.

En otro estudio cuyo objetivo era conocer los efectos del programa de terapia, se comprobó que éste actúa sobre las funciones cognitivas y orientadas a la conducta, mejorándose más claramente las funciones cognitivas.

En cuatro estudios de casos individuales y una investigación de grupo (la cual fue realizada según el mismo diseño que la investigación antes mencionada) pudo probarse que los pacientes que habían sido tratados específicamente por sus trastornos cognitivos mejoraron significativamente su nivel de ejecución en tests que medían el funcionamiento cognitivo. Por otro lado la terapia cognitiva no tiene ningún efecto sobre la psicopatología de los pacientes o sobre sus conductas desadaptadas. Debe mencionarse también que estos resultados fueron obtenidos independientemente de la edad, el sexo, la inteligencia o los diagnósticos del subgrupo (Kraemer, et. al. 1987. En Roder, et. al., 1996).

Brenner, et. al., (1992) realizaron un estudio con dos grupos, en el cual el diseño para el primer grupo consistía en realizar una intervención cognitiva antes que la social y en el segundo grupo se invertían el diseño (primero terapia social y luego cognitiva). Los resultados indicaron que la intervención cognitiva no tiene un impacto significativo sobre los niveles conductuales y, en consecuencia, no resulta

de gran utilidad para un entrenamiento social más efectivo. Por el contrario, comenzar por la rehabilitación social parece ejercer un efecto descendente más apreciable hacia funciones cognitivas básicas, activando habilidades de afrontamiento, desarrollando procesos cognitivos no deteriorados y mejorando el autoconcepto.

El siguiente estudio está basado en un subprograma de la terapia integrada de la esquizofrenia, conocido como entrenamiento en el manejo de emociones, cuyo objetivo es reducir la influencia de estados emocionales perturbadores en el funcionamiento cognitivo y social. Está estructurado en ocho pasos, comenzando con la descripción de las emociones por el paciente hasta la adquisición de formas de afrontamiento específicas. Los resultados de la primera evaluación sobre una muestra de 39 esquizofrénicos, reflejan un impacto positivo sobre el control cognitivo superior a otros procedimientos, como la relajación o el entrenamiento cognitivo focalizado (Hodel y Brenner, 1997).

3.4. Tratamiento Psicoanalítico:

Searles (1994) presenta dos casos en los cuales el objetivo es lograr la diferenciación entre lo concreto y lo metafórico. Además propone demostrar tres conceptos interrelacionados. Primero, para que se logre la diferenciación mencionada, el paciente debe desarrollar límites yoicos de firmeza confiable. Segundo, dichos límites sólo pueden establecerse en la medida en que el paciente puede experimentar diversas emociones reprimidas. Tercero, tales emociones han permanecido reprimidas mediante el uso defensivo inconsciente de esa misma inestabilidad de los límites yoicos, y el uso similar del pensamiento "concreto" que dicha inestabilidad permite.

Paciente A: hombre de 42 años, padece esquizofrenia paranoide, tratado durante 5 años. Tenía una vida solitaria en su hogar junto a su padre esquizoide y su experiencia "interpersonal" había tenido lugar en su relación con su gato. Su

psicosis se hizo manifiesta a los 35 años y empezó a hacer consideraciones filosóficas de las que su familia nunca lo había creído capaz, por ejemplo, "las personas deberían amar a las personas, no a los gatos".

En los primeros años se encontraron muchas pruebas de que su diferenciación yoica era rudimentaria, esto es, no experimentaba límites yoicos firmes que los separaran, como individuo humano, del mundo externo y no podía distinguir con claridad, en un nivel psicológico profundo, las tres grandes clases de objetos en el mundo externo: objetos inanimados, objetos vivientes pero no humanos, como animales y plantas y, por último, seres humanos.

Su temor a perder su identidad en las relaciones interpersonales estrechas lo llevaban a aislarse de los otros pacientes y del personal, y con los cuales, habitualmente hablaba con desprecio y rechazo deshumanizados, como si se tratara de objetos inanimados. Reveló que le encantaba contemplar los escaparates pues se sentían en intensa interacción grupal con los maniqués, tanto los "adultos" como los "infantiles" y que, debido a su soledad inconsciente percibía como más humanos que los objetos extraños, que en su opinión, eran las personas del hospital.

Durante casi dos años la impresión que de él tuvieron otras personas del hospital no fue del todo la de un ser humano. Un individuo pequeño, delgado, que durante varios meses permaneció acostado en la cama, inmóvil y casi mudo, daba la impresión de ser poco más de una arruga desusadamente grande en el cubrecama. Uno o dos años más tarde pudo confiar su sensación de que se confundía con la cama a la que había vuelto en una breve repetición de su conducta regresiva, y también de que el terapeuta formaba literalmente parte de la silla en la que se sentaba en la cama.

Durante casi tres años reaccionó casi siempre como si el terapeuta estuviera loco, en las incontables ocasiones en que el terapeuta trataba de

ayudarlo a percibir el significado metafórico o, en general, simbólico, de sus conversaciones verbales. Poco a poco se hizo notorio que la literalidad del pensamiento, que le servía como defensa inconsciente contra los efectos reprimidos, era producto de la debilidad de sus límites yoicos. Esto reveló la utilidad defensiva de su regresión a un estado de diferenciación incompleta de los límites yoicos.

Muchos autores -incluyendo Ferenczi, Sharpe, Langer, Kobie, Little, y Freeman (citados en Searles, 1994) han señalado que el establecimiento de límites yoicos firmes son necesarios para la evolución del pensamiento metafórico. Se considera que la pérdida de límites yoicos constituye un penoso resultado final del proceso esquizofrénico y, en cierto sentido, lo es. Pero se ha comprobado, a través de la labor terapéutica, que es muy útil comprender que esta pérdida de límites yoicos es uno de los mecanismos de defensa más extraordinarios que caracterizan el proceso en el mundo externo esquizofrénico.

A medida que pasaron los años, y junto con el desarrollo de límites yoicos y límites entre las tres grandes clases de objetos percibidos en el mundo externo, pudo emplear lenguaje metafórico en medida cada vez mayor para comunicarse. Un ejemplo del primero de estos episodios tuvo lugar hacia el final del cuarto año de labor, cuando regresó de las que sin duda habían sido unas vacaciones desusadamente agradables con parientes que vivían en St Louis. Él describió, con sumo interés, los cambios arquitectónicos que se habían producido allí en los últimos años, sobre todo algunos edificios que constituyen una mezcla de lo nuevo y lo antiguo. El terapeuta le respondió que quizás él mismo se sentía a veces como un edificio remodelado, una mezcla de cualidades nuevas y viejas. En ese momento pudo hacer una elaboración a partir del comentario hecho por el terapeuta y señalar que, en cierto sentido, se sentía a la vez un adulto y un niño. Al cabo de 5 años, pudo comunicarse con confianza, salvo raras excepciones, en términos tanto metafóricos como literales, y percibir ambos niveles de significación en sus comentarios y en los del terapeuta.

Paciente B: un esquizofrénico paranoide de 38 años, se encuentra en tratamiento desde hace cuatro años y medio; mostró al principio un menoscabo mucho mayor que el paciente A de los límites yoicos y de los límites percibidos entre las tres clases de objetos del mundo externo ya mencionados. Este paciente ha demostrado tener la convicción absoluta de que es posible transformar a las personas en árboles, edificios, o rocas y viceversa. Y también ha afirmado en innumerables ocasiones que él mismo existe y ha existido en tales formas.

Después de tres años y medio de terapia, él mismo empezó a percibir en algunas ocasiones, aunque no siempre, el sentido figurado de sus propias percepciones y comunicaciones y, con este cambio, no solo el terapeuta, sino también otras personas empezaron a ver en él a una persona menos loca, con la que se podía hablar con cordura. Ahora, por ejemplo, cuando contemplaba en el espejo su rostro macilento y comentaba con la enfermera: "ese rostro es espantoso, es un edificio de apartamentos", y la enfermera le preguntaba qué veía en su rostro que lo llevaba a compararlo con un edificio de apartamentos, no insistía con actitud bizarra en afirmar que era un edificio de apartamentos. En cambio, le explicaba con ácido humor: "es blanco, arrugado, triste y no tiene vida".

En el curso del año siguiente, época en la que su capacidad para comunicarse en términos metafóricos fue aumentando gradualmente, resultó sorprendente comprobar una y otra vez que este proceso dependía de que los sentimientos que habían permanecido inconscientes durante tanto tiempo superaran la barrera de la represión.

Los sentimientos largo tiempo reprimidos de los que tuvo que tomar conciencia para poder utilizar, ahora en forma casi constante, el pensamiento y la comunicación metafóricos, abarcan una amplia gama, incluyendo la ternura, el erotismo, el dolor, el odio, etc. particularmente memorables fueron las consecuencias que el paciente pudiera tomar conciencia de la intensidad y el carácter generalizado de sus sentimientos asesinos reprimidos. Durante los años

de labor, le habrá resultado particularmente difícil enfrentar tales sentimientos. Sus amenazas de asesinar a su pequeña hija habían hecho que su familia se decidieran a internarlo en un hospital psiquiátrico y, en los primeros años de su tratamiento, sus violentas amenazas de asesinar a otro paciente habían determinado su permanencia durante muchos meses en una sala de máxima seguridad. En innumerables ocasiones durante los primeros tres años, había hecho amenazas que atemorizaban a quienes lo rodeaban, incluyendo, a veces, a sí mismo.

La posibilidad de superar la represión de los sentimientos asesinos fue decisiva para la evolución del pensamiento metafórico. Fue necesario que pudiera reconocer su odio generalizado, por lo menos en la medida en que indica este comentario: "si seguimos así, va a hacer que termine odiando a toda la raza humana", y pasara luego a asumir mayor responsabilidad personal con respecto a ese odio, para que se lograra la evolución del pensamiento metafórico. Durante muchos años había confundido, en sus comentarios y también en su experiencia subjetiva real, el sexo de las personas que conocía o había conocido y se refería a un hombre como si fuera una mujer y viceversa. Ahora explicaba el significado del odio: "odiar significa cambiar el sexo de una persona", entonces el terapeuta comprendió, por extensión, odiar con intensidad aún mayor (en un nivel inconsciente) significaba para él percibir que a la persona se le transformaba en algo no humano como una roca o un árbol.

A medida que este paciente pudo experimentar un nivel metafórico de pensamiento, cada vez más claramente diferenciado como tal, pudo también diferenciar los objetos concretos como genuinamente concretos, libres de la coloración metafórica que hasta ese momento los hacía parecer nebulosos. Cuando el dominio de lo figurado se fue diferenciando cada vez más como tal, lo mismo sucedió con el dominio de lo genuinamente concreto.

Harold concluye que la conciencia de una emoción (sea asesina, tierna, dolorosa, etc., esto es, conciencia de todo el espectro de emociones) es la fuente del pensamiento metafórico y, quizá, del mismo modo, de todas las formas del pensamiento simbólico que distinguen al ser humano adulto (Harold, 1994).

Por otra parte, Jackson y su equipo (2001), en el periodo que se extiende desde 1946 hasta 1957, trataron a 200 familias en las que había un niño esquizofrénico o que padecía una grave esquizoide. En 120 de ellas, uno o más niños tuvieron un desarrollo psicótico continuo o episodios de tal naturaleza; de estos, 20 eran adolescentes. En otras 30 familias el niño era gravemente esquizoide. En 50 familias, el trastorno del niño podía clasificarse, en apariencia, como esquizofrénico o esquizoide, pero se complicaba por la presencia de una enfermedad orgánica conocida o claros indicios que la sugerían. Las edades de los niños, cuando iniciaron su contacto clínico, oscilaban entre los 18 meses y los 17 años. La mayoría eran menores de 12 años; la diferencia sexual, de casi tres niños por cada dos niñas. Con independencia del momento en que se produjo el primer contacto casi todos han tenido una historia de cierto grado de trastorno que se remonta a una edad temprana preescolar.

Los datos clínicos obtenidos, confirmados y estudiados en curso de la psicoterapia, indican que en las familias de cada niño esquizofrénico o gravemente esquizoide que se ha atendido, cada progenitor está condicionado por sus propios conflictos internos, relacionados con impulsos libidinosos reprimidos y distorsionados. Frente a la frustración y estrés comunes, ambos han experimentado necesidades inconscientes cada vez más intensas de cuidados tiernos y exclusivos, amor desinteresado y comprensión por parte del cónyuge. Su creciente desprecio por sí mismo ha aumentado su frustración; las necesidades se han convertido en exigencias desesperadas y por lo general no han sido compensadas por el logro de satisfacciones en el dominio de la ocupación del padre, las habilidades domésticas o de otro tipo. Tales inadecuaciones y frustraciones solo han servido para confirmar y justificar el oculto autodesprecio

que, en forma circular, inhibe aún más toda capacidad para relacionarse de manera más espontánea con otra persona, o aprender mejor diversas habilidades. La expresión natural de sentimientos infantiles (como la ternura, el deseo de intimidad, la sensualidad, la desilusión y la cólera) se vuelve imposible por su apatía, y el mundo de las reacciones adultas parece irremediable insatisfactoria o, incluso, hostil. Impedido por el conflicto y la reacción del cónyuge, el padre a menudo renuncia a dedicar muchos esfuerzos emocionales manifiestos a la familia, y la madre se vuelve con frecuencia hacia el niño para obtener satisfacciones. La madre que busca inconscientemente identificaciones regresivas con el niño desvalido y, al mismo tiempo, se defiende con desesperación de ellas, se muestra ansiosa e inestable en los cuidados que le brinda. Dado que, en forma alternativa se compromete en exceso y se aparta con frialdad, no puede ofrecer a su hijo una ayuda ambivalente para que experimente las gratificaciones pasivas que son necesarias por el estado de impotencia propio de su infancia, ni ayudarlo confiadamente a aprender todas las nuevas habilidades que resultan apropiadas para su creciente edad. Tampoco puede mantenerse con firmeza y calma junto al niño, con el fin de ayudare a superar reacciones regresivas de pánico e ira. Cuando el niño reacciona ante todo esto con un apartamiento apático, estallidos de ira y la incapacidad reactiva para aprender, ambos progenitores experimentan aún mayores sentimientos de impotencia, fracaso, culpa y cólera.

La hipótesis básica ha sido que el trastorno psicótico es el resultado (bajo la forma de un conflicto que se resuelve con una solución de compromiso) de la experiencia posnatal que cada niño particular tiene en el comienzo de su vida, al interactuar con adultos significativos que también se hayan conflictuado. Es decir, se ha formulado el supuesto clínico de que el trastorno psicótico infantil resulta de una constante distorsión de las posibilidades biológicas del organismo humano por ansiedades inducidas poco después del nacimiento, por padres ansiosos. Otra hipótesis ha sido que semejante trastorno es resultante de una vida conflictuada podría estudiarse e invertirse, mediante un trabajo psicoterapéutico y una

experiencia suficientemente intensivas del niño y sus progenitores con personas libres -o relativamente libres- de tales trastornos en sus propias personalidades.

En relación con los resultados, brevemente podemos decir que de los 100 niños esquizofrénicos preadolescentes que se atendieron con Terapia Psicoanalítica, 20 llegaron a ser capaces de funcionar, con un grado razonable de conducta integrada, en sus hogares, en la comunidad y en las escuelas públicas, por lo menos durante periodos de varios años. Otros 34 pacientes exhibieron una mejoría aparentemente duradera en los principales sectores de la sintomatología, aunque continuaron siendo incapaces de desenvolverse sin una supervisión especial. De los 21 niños que se vieron solo con fines de estudio, 3 mostraron una mejoría sintomática inmediata de duración desconocida. Los restantes 23 pacientes sometidos a terapia durante periodos de duración variable no manifestaron un grado consistente de mejoría. Sin embargo, en la mayoría de estos casos, al menos uno de los progenitores informaron acerca de momentos o periodos transitorios de cambios comprensibles en la conducta, semejantes a los que hemos llegado a considerar precursores de cambios más duraderos. Otros 30 niños continuaron en terapia.

Los resultados terapéuticos se pueden resumir de la siguiente manera: Con independencia de la edad en que se produjo el ataque, la sintomatología ha sido, en la mayoría de los casos, indiferenciable. En los casos, en que el ataque fue episódico, hubo pruebas de una perturbación anterior indistinguible de la neurosis. Cuando adquirimos suficiente información sobre un niño y su historia, cada uno de sus síntomas específicos llegó a ser considerado como condensaciones o desplazamientos del conflicto, en cuanto a elaboraciones de experiencias particulares de ese niño con un adulto significativo. Pocos -tal vez ninguno- de los niños que consideramos esquizofrénicos mostraron manifestaciones somáticas (retrasos evolutivos, etc.) que parecieran estar totalmente determinadas por factores fisiológicos o genéticos. Cuando la sintomatología psicótica del niño tuvo una disminución gradual, el trastorno se fusionó con un estado psiconeurótico que

iba de moderado a grave. Se han presentado en forma uniforme datos clínicos que indicaban que el ataque y cualquier exacerbación del trastorno del niño se presentaban en el contexto de hechos o circunstancias identificables, que constituían una tensión crítica para los progenitores. Esos factores de estrés han consistido, por lo general, en una combinación de hechos "externos" que escapan más o menos del control de la familia, y en dificultades "internas" que eran, en esencia, una consecuencia de los conflictos de cada progenitor. En todos los casos en que los progenitores han emprendido un período duradero de labor psicoterapéutica -para ellos mismos-, esos conflictos internos fueron la clara expresión de sus propios trastornos neuróticos de toda la vida, y no solo una reacción ante la enfermedad de su hijo. Estos hechos, correspondientes a la experiencia con todos, antes de cualquier resultado terapéutico, son los que parecen asignar importancia a la posibilidad de que los factores psicógenos sean, por lo menos importantes.

Hemos llegado a comprender el aislamiento, el retraimiento y la actitud negativa generales de estos niños como una defensa fundamental contra el peligro muy real que representa la irrupción de deseos distorsionados en relación con las gratificaciones sensuales básicas. Hemos terminado por considerar que todo esto puede describirse de modo más completo y preciso en función del grado de integración o escisión de la personalidad total. En otras palabras, por pertinente y necesario que sea describir aspectos de las manifestaciones externas de la psicopatología, consideramos que el trastorno infantil es de índole unitaria (Jackson, 2001).

CONCLUSIONES

El estudio de la esquizofrenia es relativamente reciente. A pesar de la investigación de muchos años y el esfuerzo de entender los mecanismos cerebrales, todavía no se conocen las bases biológicas, las causas inmediatas que llevan a los pacientes a actuar según esta forma específica. Con la información recabada queda claro que en el desarrollo y manifestaciones de la esquizofrenia convergen una gran variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los biológicos podríamos mencionar los estudios hechos con neurotransmisores, específicamente la dopamina que se menciona en los estudios como culpable del desarrollo de esta enfermedad. Los factores psicológicos son la distorsión en la percepción, las alucinaciones, los trastornos de la conciencia y de la comunicación. También involucra factores sociales, ya que el paciente esquizofrénico no se ajusta a las normas de convivencia, a veces es desaliñado, retraído, o agresivo. Los síntomas son diversos y no los presentan cada uno de los esquizofrénicos, sino tiene una diversidad de manifestaciones cuyo carácter cambia de una persona a otras. El hecho es que ahora, después de tantos años de experiencia en su tratamiento, todavía no hay un proceso claro y único, aplicable a todos los pacientes que resuelva con satisfacción el trastorno.

Dado que las bases biológicas y las causas son desconocidas, el tratamiento aplicado es también muy diverso.

En los últimos años, con el desarrollo técnico acelerado, aparecieron en el mercado varios tipos de medicamentos que alivian los síntomas presentados por estos pacientes parcialmente, a alto costo, ya que todos tienen serios efectos secundarios y no dan una solución definitiva para todos los fenómenos anteriormente descritos. Considerando esta desventaja de la terapia medicamentosa, muchos psiquiatras ven que la solución final no es la medicina e intentan ayudar a los pacientes con diferentes tipos de terapias que pretenden generar resultados funcionales. Obviamente entre las múltiples tipos de terapias

existentes (Tratamiento Psicosocial, Tratamiento Forzado en la Comunidad, Rehabilitación Mediante Técnicas Sociales, Terapia y Recuperación Cognitiva, Terapia Integrada de la Esquizofrenia y Terapia Psicoanalítica) cada uno de los médicos aplica aquellas, que más les gusta, mejores resultados les proporciona y es más agradable considerando la personalidad y la capacidad del paciente. Las terapias pueden darse en forma individual o grupal y pueden acompañarse con diferentes tipos de intervenciones y rehabilitaciones. La meta es adecuar al paciente a la sociedad en que vive y esto se puede lograr en diferentes formas.

La información que logramos juntar en este trabajo sobre la forma y eficiencia de estas terapias obviamente no es completa, ya que la mayoría de los médicos lo aplican y solamente pocos publican sobre sus experiencias. Pero, a pesar de no tener un cuadro total de la forma de aplicarlas, nos proporcionan una idea de la eficiencia y frecuencia de aplicación de cada una.

La meta de la Terapia Psicosocial es adecuar el ambiente del individuo una vez que ha salido del hospital, de manera que se le facilite sobrevivir y tener un mejor desarrollo personal. La adecuación del medio ambiente del paciente a sus requerimientos, sin embargo es una utopía, ya que ni el ambiente social, ni el familiar, el económico y el laboral son adaptables para el individuo. Nuestro país, además carece instituciones donde los pacientes dados de alta podrían desarrollar una vida más cercana a lo normal (Chinchilla, 2000).

Sin embargo, la literatura revisada sugiere que la Terapia Social es uno de los más aplicados y si no logra a adecuar el medio ambiente del paciente completamente, sí agudiza a los parientes para las necesidades especiales del enfermo y al esquizofrénico enseña diferentes técnicas de acoplamiento y resolución de problemas.

La terapia basada en la Recuperación de Procesos Cognitivos normales no cuenta con una gran cantidad de estudios que puedan respaldar su eficacia. No

obstante Penades y cols. (2003), López- Luengo y Vázquez (2003), han obtenido buenos resultados en sus investigaciones, lo cual alienta a las personas interesadas en este tipo de enfoque a hondar más en el tema.

En el caso de la Terapia Integrada a la Esquizofrenia ha obtenido resultados favorables (Roder y cols, 1996 y Hodel y Brenner, 1997), tanto a partir de autoinstrucciones como en intervenciones sociales. En ambos casos se observa una mejoría en la ejecución de las funciones cognitivas básicas (atención y percepción), que finalmente llevan a una mejor adaptación social y personal.

Por otro lado, la terapia que realiza investigaciones con un ritmo y procedimiento diferente a las demás es el Psicoanálisis. Aún cuando el objetivo de esta terapia sigue siendo el mismo que en las anteriores; es decir, la reinserción de los pacientes a la sociedad, llama mucho la atención la gran diferencia que existe entre ellas. Por ejemplo, mientras para el psicoanálisis se considera que la esquizofrenia es el resultado de graves experiencias personales traumáticas en la temprana infancia (las cuales son la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones ulteriores); para las otras tres terapias la esquizofrenia se considera como un grupo de trastornos, sin causa conocida, con perturbaciones de pensamiento y síntomas como delirios, conducta errada, alucinaciones y deterioro del funcionamiento general. Otro contraste entre dichas formas terapéuticas es el enfoque individual de la atención otorgada; mientras la Terapia Integrada de la Esquizofrenia, la Terapia y Reestructuración Cognitiva y la Terapia Psicosocial pueden trabajar de manera individual o grupal con sus pacientes y/o con las familias de los mismos; el Psicoanálisis realiza un tratamiento específicamente individual, no realiza ningún tipo de terapia grupal ni con familiares ni con otros pacientes debido a que tiene su fundamento en el tratamiento moral que se aplicaba en los EE.UU. en la mitad del siglo XIX y que fue retomado por Meyer en el cual se proponía un tratamiento individual a los pacientes psicóticos (Rendueles, 1990).

La familia del paciente también es fuente de controversia. Existe una gran diferencia entre el Psicoanálisis y la Terapia Psicosocial debido a la concepción diferente que tiene sobre el papel que los familiares tienen que desempeñar. Para la terapia Psicosocial la familia es tratada como apoyo y parte importante en la rehabilitación del sujeto, como encargada de los cuidados del paciente, para prevenir las recaídas, tener conocimiento de la enfermedad y para proporcionar un ambiente familiar adecuado al cual el individuo pueda regresar. En general se considera a la familia como bastón fundamental para la reinserción del enfermo, evaluando las características necesarias de la misma para el mejor desenvolvimiento del individuo. El Psicoanálisis toma a la familia como un factor desencadenante de la psicosis del sujeto, ya que es el primer contacto del individuo con personas relevantes para él, las cuales determinarán el grado de deterioro del sujeto de acuerdo con sus experiencias traumáticas o no con sus progenitores. De este modo si los padres se muestran con inseguridad, frustración, mucho estrés ante su hijo y en su relación con él, adquiere una responsabilidad diferente la familia. Por ello si el individuo (niño o adulto) sufre de trastorno por esquizofrenia el entorno -padres, pareja- debe iniciar, de preferencia, una terapia individual a manera de que trabajen las deficiencias personales que coadyuven a la mejoría del paciente.

La utilización de fármacos no es recomendable ni del agrado de la terapia Psicoanalítica, pero reconoce que en ocasiones se debe de medicar para proteger a los pacientes y al equipo terapéutico. Los fármacos son utilizados solo en casos de emergencia, pues imposibilitan al individuo tener conciencia de lo que sucede durante las crisis y minimiza la capacidad para que las elaboren y comprendan. La Terapia Integrada de la Esquizofrenia, la Terapia y Reestructuración Cognitiva y la Terapia Psicosocial, contemplan en su tratamiento el uso de fármacos de manera regular, con el propósito de llegar a dosis muy bajas de los mismos. La utilización de fármacos puede ser excluida en el tratamiento de personas psicóticas, teniendo como ejemplo la Intervención Psicoanalítica, la cual ha obtenido resultados iguales o mejores a los obtenidos utilizando fármacos. Esto

sin duda implica un esfuerzo y compromiso mayor en el trabajo terapéutico lo cual es parte integral de la formación ética de todo profesional.

La diferencia en el tiempo de intervención es diametralmente opuesta entre el psicoanálisis y las demás terapias psicológicas; aún cuando éstas últimas se programen, en etapas sucesivas a largo plazo. La implementación de sus programas terapéuticos no alcanza el promedio de tratamiento que se necesita para la terapia psicoanalítica; aproximadamente cinco años de terapia individual. Por ello resulta obvio que exista preferencia por las formas terapéuticas que ofrecen buenos resultados con menor tiempo de tratamiento, de esta manera la inversión total se reduce. Esto se refleja en un país como el nuestro, donde los recursos en materia de salud son prácticamente inexistentes para enfermedades mentales.

A pesar de que cada terapia tiene un modo diferente de tratar la enfermedad, cada una de ellas conlleva ventajas y desventajas, haciendo casi imposible elegir una terapia sobre otra. Esto a consecuencia de varios factores, por ejemplo, la teorización de la enfermedad (la explicación que se da de la esquizofrenia), procedimiento de intervención, las preferencias del terapeuta, las cuales son determinadas por su habilidad, dedicación, experiencia, preparación y la coherencia en su quehacer terapéutico. Junto a éstas se debe tomar en cuenta que cada paciente representa una forma única de trastorno y sus necesidades son diferentes al acudir a terapia, dependiendo de la gravedad en la que se encuentre y su flexibilidad para afrontar la forma de trabajo del terapeuta. Además hay que observar la ayuda que presenta la familia, ya sea como facilitadora de un ambiente adecuado en casa o la disponibilidad a ellos mismos ser tratados.

Por todo lo anterior es imposible determinar cual terapia psicológica es más eficaz, ya que no existe un control en los estudios que permita identificar cuál de todos estos factores interviene de manera determinante, en la recuperación pues

todos ellos se vuelven variables extrañas en estudios no controlados por su propia interacción.

Por lo tanto, a pesar de que este estudio cuenta con datos recientes, no arroja conocimientos suficientes para determinar de tratamiento psicológico se debe usar en enfermos con esquizofrenia, ya que todos ellos arrojan datos favorables.

Sin duda lo ideal es cambiar la manera en como se ve la enfermedad, considerar la rehabilitación como un proceso integral, que no termina cuando el individuo sale del hospital y promover empleos para aquellas personas que están capacitadas para reintegrarse a la sociedad. Desgraciadamente en México difícilmente se encuentra empleo para personas "sanas", además no existe una mentalidad de integración y cooperación, mucho menos una intención gubernamental para invertir en personas con enfermedades mentales.

Esta labor corresponde a todos, incluso a aquellos que tienen en sus manos el poder de permitir a los profesionales interesados acercarse a estudiar de cerca este tipo de enfermedades como una medida para difundir investigaciones de esta índole, que a su vez rompan la barrera entre las personas "normales" y las "enfermas".

BIBLIOGRAFÍA

Alfons, J. (2002) *Boletín de contrapsicología y antipsiquiatría*. **El Rayo que no cesa**, 4, 228-235.

Alonso-Fernández, F. (1978) **Compendio de psiquiatría**. España: OTEO.

Andreasen, N.C. (1996) *Síntomas, signos y diagnóstico de la esquizofrenia*. **The Lancet**, 28 (1), 55-59.

Benton, M. K., y Schroeder, H. E. (1990) *Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation*. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 58, 741-747.

Borgoños, E., Morcillo, L. Y Barcia, D. (1995) *Tratamiento farmacológico y calidad de vida en la esquizofrenia*. **Psiquis**, 16 (3), 11-20.

Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., y Corrigan, P. (1992) *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions*. en F. P. Ferrero, A. E. Haynal, & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses*. **Nosology in contemporary psychiatry**. 201-209.

Bustillo, J; Lauriello, J; Horan, W y Keith, S (2001) *The psychosocial treatment of schizophrenia: an update*. **Am J Psychiatry**, 158 (2), 163-175.

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

Dixon, L., Adams, C., y Lucksted, A. (2000) *Update of family psychoeducation for schizophrenia*. **Schizophrenia Bulletin**, 26, 5-20.

DSM-IV: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Masson, Barcelona 1995.

Fernández, E. E. (2001) **Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia**. Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Foucault, M. (1988) **Enfermedad mental y personalidad**. México: Paidós.

Fromm-Reichmann, F. (1978) **Psicoterapia intensiva en esquizofrenia y en los maniacos-depresivos**. Argentina, Buenos Aires: Horme.

Goldman, H. H.(1996) **Psiquiatría General**. México, D. F.: Manual Moderno.

Guzman, M. A. (1992) **Manual de psiquiatría**. Caracas, Venezuela: Disinlimed, C.A.

Heinssen, R., Liberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2000) *Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from laboratory*. **Schizophrenia Bulletin**, 26, 21-46.

Hodel, B., y Brenner, H. D. (1997) *A new development in integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): First results of emotional management training*. **Towards a comprehensive therapy for schizophrenia**, 118-134.

Jacobson, J. y Jacobson, A. (2002) **Secretos de la psiquiatría**. México: McGraw Hill.

Jackson, D. (2001) **Etiología de la esquizofrenia**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Kane, J.M. y McGlashan (1996) *Tratamiento de la esquizofrenia.* **The Lancet**, 28 (2), 130-136.

Laplanche, J. y Portalis J.B. (1968) **Diccionario de Psicoanálisis.** Barcelona: Labor.

Liberman, R. P., y Corrigan, P. W. (1993) *Designing new psychosocial treatments for schizophrenia.* **Psychiatry**, 56, 238-249.

López-Luengo, B. y Vázquez, C. (2003) *Effects of attention process training on cognitive functioning of schizophrenic patients.* **Psychiatry Research**. (119), 41-53.

Massel, H. K., Corrigan, P. W., Liberman, R. P., y Milan, M. A. (1991) *Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focussing.* **Psychiatric Research**, 38, 51-61.

McMonagle, T. y Sultana, A. (2005) *Economía de fichas para la esquizofrenia.* **Cochrane Plus**, 2, 98-115.

Moriana, E., Alarcon, P. Y Herruzo, C. (2004) *Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado al ámbito domiciliario.* **Psicothema**. 3,(16), 436-441.

Penadés, R., Beget, T., Catalán, R., Bernardo, M., Gastó, C. y Salamero, M. (2003) *Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia.* **Psychiatry Research**. (63), 219-227.

Phares, E. J. (1999) **Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica.** Cap. 14 México D. F: Manual Moderno.

Rendueles, G. (1990) **Las esquizofrenias.** Barcelona: Jucar.

Rico, L. Y Sunyer, M. (2001) *Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia*. Psiquis, 22 (2), 57-72.

Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1995) **Terapia integrada de la esquizofrenia**. España: Ariel.

Szasz, T. S. (1961) **El mito de la enfermedad mental**. Argentina: Amorrortu.

Searles, H. (1994) **Escritos sobre esquizofrenia**. España: Gedisa.

Solomon , P. (1976) **Manual de psiquiatría**. México, D. F.: Manual Moderno.

Vallina, F. Y Lemos, G. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Psicothema, 13 (3), 345-364.

Zoch, C. (2001) **Esquizofrenia: Temas en psiquiatría**. Costa Rica: Hospital Nacional Psiquiátrico.