



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 2713

Efectos de los talleres cognitivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

T E S I S
que presenta
Paulina García Medina
para obtener el título de
Licenciada en Psicología

Director de Tesis: Lic. Víctor Manuel Becerril Domínguez

México, D.F., a 16 de Diciembre de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	4
Agradecimientos	5
Capítulo 1 Antecedentes históricos, teóricos y metodológicos sobre la Esquizofrenia	6
1.1 Modelos actuales y categorías	22
1.2 Rehabilitación en pacientes con Esquizofrenia	31
1.2.1 Psiquiatría de psicosis	33
1.2.2 Psicoterapia individual en personas diagnosticadas de esquizofrenia	34
1.2.3 Terapia familiar y esquizofrenia	34
1.2.4 Tratamiento familiar psicoeducativo	35
1.2.5 Terapia familiar psicoanalítica	37
1.2.6 Tratamiento familiar sistémico	38
Capítulo 2 Procesamiento cognitivo en pacientes esquizofrénicos	44
2.1 El sistema funcional	45
2.2 Áreas cognoscitivas	51
2.3 Etiología genética de la esquizofrenia y otros daños cerebrales	56
2.3.1 Accidentes cerebrovasculares	57
2.3.2 Traumatismos craneoencefálicos	58
2.3.3 Tumores cerebrales	59
2.3.4 Las demencias	60
2.3.5 Otras etiologías	61

Capítulo 3 La importancia científica de los datos experimentales	62
3.1 Experimentos realizados para evaluar hipótesis	62
3.2 Experimentos efectuados para satisfacer la curiosidad del investigador acerca de la naturaleza	63
Metodología	66
Justificación	70
Resultados	71
Gráfica 1. Edad	72
Gráfica 2. Género	73
Gráfica 3. Diagnóstico	74
Gráfica 4. Estado civil	75
Gráfica 5. Lugar de residencia	76
Gráfica 6. Nivel de estudios	77
Gráfica 7. Medicamentos	78
Gráfica 8. Reacción secundaria	79
Gráfica 9. Edad de inicio	80
Gráfica 10. Tiempo viniendo a Afape	81
Gráfica 11. Estado actual	82
Conclusiones	83
Referencias Bibliográficas	88

RESUMEN

Con este trabajo se presenta un estudio realizado con sujetos que se encontraban diagnosticados con esquizofrenia, los cuales acudían a AFAPE (Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos) a diversos talleres cognitivos. Se les aplicó el modelo reversible A-B-A, en el cual se emplearon: Bender, Minimental y Neuropsi Breve, los cuales arrojaron resultados positivos para el presente estudio y con los cuales se pretendía medir los efectos originados por dichos talleres. Así mismo, se pone de manifiesto la perspectiva teórica para entender un poco más cómo es que era considerada dicha patología en tiempos remotos y cómo se percibe en la actualidad.

Palabras clave: esquizofrenia, talleres cognitivos y modelo reversible.

Agradecimientos

La presente tesis es un esfuerzo en el que varias personas participaron apoyándome, guiándome, orientándome y dándome ánimo cuando creí no lograrlo.

Agradezco en primera instancia a mis padres y a mi hermana Caro, que tras una larga espera vieron que conseguí uno de mis tan anhelados sueños.

Así mismo, agradezco a mi abuela Yoya, que aunque ella ya no esté con nosotros, me apoyó desde el inicio de mi carrera y le hubiera encantado estar conmigo en este gran momento de mi vida.

Gracias también a los profesores que me impartieron clases durante toda la carrera porque aprendí de cada uno de ellos algo que me servirá en mi vida profesional. Pero en especial, a mi Director de carrera, Milton y a mi asesor Víctor porque sin su ayuda no hubiera llevado a cabo esta investigación y por consiguiente obtener mi tan apreciado título.

A ti chaparro, por tu compañía en estos dos años que hemos pasado juntos, por soportar mis malos ratos y porque por medio de tus comentarios, a veces un poco duros, me hiciste entender que no podía dejar de un lado mi titulación. Gracias. Te amo.

Agradezco a mis amigos que siempre estuvieron conmigo y tras de mí, no permitiéndome que me diera por vencida a pesar de las adversidades.

Y a AFAPE por haberme permitido realizar mi estudio en sus instalaciones, en especial a la Directora Margarita Saucedo.

Capítulo 1

Antecedentes históricos, teóricos y metodológicos sobre la Esquizofrenia.

“Toda locura tiene su razón y toda razón su locura”

Michel Foucault

Desde épocas muy remotas ya existían las enfermedades mentales, si bien, no como se conocen en la actualidad, pero sí con otros nombres, como es el caso de la Esquizofrenia, antes llamada Dementia Praecox y que en la actualidad es conocida como de tipo sencillo. Hace casi 300 años que reconoció y describió esta forma un hombre llamado Willis, famoso por su descripción de la distribución de las arterias en la base del cerebro. En 1674 escribió sobre “jóvenes vivaces y llenos de espíritu, y a veces incluso brillantes durante la niñez, que en la adolescencia caen en el embotamiento y la estupidez” (Cameron, 2007).

Hace tiempo, a las personas que padecían estas patologías, se les llevaba a “casa de locos” ya que según los médicos de esa época, eran sujetos poseídos por demonios y no podían estar con las demás. Emilio Kraepelin fue el primero en denominar dementia praecox a las enfermedades mentales. Así, al igual que él, existieron muchos pioneros que hicieron grandes contribuciones con respecto a este tema, desde Kraepelin, pasando por Freud, hasta Sullivan, quien introdujo el tratamiento psicoterapéutico para la rehabilitación del paciente con Esquizofrenia.

Aunque la fisiopatología subyacente permanece todavía desconocida, Kraepelin y Bleuler, quienes primero describieron “demencia precoz” y “esquizofrenia”, creían que las anomalías cerebrales estarían íntimamente ligadas a la etiología de la esquizofrenia.

A finales del siglo XIX y principios del XX, los esfuerzos para identificar anomalías en los cerebros post mortem llevaron a decepcionantes y contradictorios resultados, debidos en su mayor parte a la utilización de herramientas de medida rudimentarias y a la expectativa de encontrar grandes alteraciones cerebrales (Cuevas, Campayo, Gutiérrez, Gracia y López, 2011).

Fue el análisis de ciertos síntomas mentales lo que legitimó el reunir bajo el nombre de esquizofrenia las manifestaciones de una enfermedad y el seguir los citados síntomas independientemente de su nueva denominación.

Entre las enfermedades del sistema nervioso, las primeras que atrajeron la atención de los médicos fueron las mentales, antes que las neurológicas propiamente dichas. Este fue el caso de Michel Foucault (1926), que en su obra *Historia de la locura en la época clásica* (1961), aplica el nombre genérico de locura a todos los trastornos mentales más dispares, y por otro lado, sitúa el comienzo de dicha historia a fines de la Edad Media, cuando al irse retirando progresivamente la lepra de Europa e irse vaciando las leproserías, en aquellos edificios abandonados se recogía a los enfermos venéreos, los vagabundos, y los desquiciados sin preocuparse de proporcionarles cuidados médicos ni hacer distinción entre las distintas categorías de “desechos humanos”, despreciados por la sociedad. Para librarse de ellos, era fácil encerrarlos en las enfermerías desocupadas. Cuyas “casas de locos” llevan los conocidos nombres de Bicetre, Charenton, la Salpêtrière, Saint Anne, si citamos sólo a Francia, aunque esta actitud corresponde por igual a toda la cultura occidental.

Hipócrates, nacido en la isla de Cos, cuatrocientos sesenta años a. de C. Intentó establecer distinciones entre lo que él llamaba la “frenitis”, que sería probablemente el delirio agudo febril, y la manía, delirio violento; la melancolía, causada por el temor y la

tristeza; y el mal sagrado, la epilepsia, que describió minuciosamente (E. Régis). Así mismo, tuvo el mérito de reconocer la naturaleza patológica de la locura y combatió las prácticas médico-religiosas de los asclepiádeos. Sustituyó los exorcismos, las encantaciones, por purgantes, vomitivos, dieta, sangrías, ejercicio físico e infusiones de eléboro.

Después de Galeno, cincuenta años después de Cristo, se cae de nuevo en la confusión. En la Edad Media, la creencia en los demonios y la superstición anuncian la brujería, la demonopatía, la licantropía, la posesión demoníaca.

Clínicas fueron las descripciones sucesivas de lo que en un principio fue “estupidez adquirida” y se convirtió en demencia precoz, para recibir más tarde el nombre de “esquizofrenia”. Tiempo después, las mismas tuvieron interpretaciones psicológicas, filosóficas, metafísicas y literarias.

Dada la sobrepoblación y las atroces condiciones en las instituciones para los dementes, se recibieron de manera entusiasta “grandes y desesperadas curas” que prometían el tratamiento exitoso para la demencia. La más desesperada de estas “curas” fue la psicocirugía. En diciembre de 1935, Egaz Moniz (1874-1955), un neurólogo portugués entrenado en la Salpêtrière, hizo perforaciones en el cráneo de un paciente mental y utilizó un instrumento especialmente construido para cortar o prensar las fibras nerviosas en su curso. A esto lo llamó leucotomía prefrontal, dado que el lugar donde debían hacerse las perforaciones era el lóbulo frontal del cerebro. Se dijo que siete pacientes se recuperaron, siete mejoraron y seis no tuvieron cambios (Hothersall, 2003).

Por su parte, en 1793, Pinel en una imagería célebre, liberó a los alienados de sus cadenas, separando de entre todos los desviados sociales a una población

específica; la de los enfermos mentales o alienados. Así mismo, nos menciona que deben ser cuidados de manera autoritaria, en lugares separados, ya que la protección del orden social era un preámbulo indispensable.

Esquirol en 1816, diferencia los déficits intelectuales congénitos de otros déficits adquiridos que sobrevienen en el curso de la existencia y a los que denomina demencias. La demencia es una degradación de la eficiencia intelectual con pérdidas del juicio, desaparición progresiva de las posibilidades de comunicación y aparición de conductas instintivas que perturban gravemente la vida social. Estas enfermedades sobrevienen en el curso de la vejez y son correlativas a las lesiones cerebrales (Arieti Silvano, 1965).

La historia ofrece cuatro periodos con los que se pueden identificar los nombres de los psiquiatras que describieron los síntomas y los reunieron bajo nombres diversos.

Primer periodo: de Willis a Morel.

La llamada estupidez adquirida o accidental fue mencionada en diversas ocasiones por Hipócrates, Celso (a. de C), más tarde por Aretea, Celio Aureliano, Galeno, etc. Esta estupidez, diferenciada de la estupidez congénita, fue especialmente destacada por Plater (1602), Sennest (1628) y Dubois-Sylvius (1665).

La obra de Willis (1672), cuyo texto cita: “La estupidez o entorpecimiento aflige todo, a la razón... Si llega a ocurrir que las funciones corporales se debiliten o se inhiban, se produce un obscurecimiento de la inteligencia, como si ante los ojos de ésta hubiera descendido un velo que se lo emborronara todo... La imbecilidad y el entorpecimiento de la mente, la lentitud de la inteligencia, la estupidez y, al fin, la

demencia, nacen de la inhibición de las potencias del alma...”

En el año de 1856, se introduce el término de catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estúpida o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). En este mismo año, Sander introduce el término de paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados (Arieti Silvano, 1965).

Segundo periodo: Morel Auguste (1860).

En sus estudios clínicos, Morel aisló y describió las etapas sucesivas de este desencadenamiento mental de la segunda edad, después del acceso agudo que aparece con los equívocos síntomas de benignidad, hasta la fase final de la disolución psíquica, pasando por las etapas intermedias de torpor y de agitación.

En 1860, en su Tratado de las enfermedades mentales, Morel dio a la enfermedad el nombre de demencia precoz, o demencia juvenil y precisa tres características esenciales:

1. Precocidad del comienzo, a menudo por un acceso agudo;
2. Rapidez de la evolución;
3. Demencia final, progresiva y profunda.

En 1868, Kahlbaum describe una parafrenia habética, enfermedad de la pubertad, en oposición a la parafrenia seniles. Mientras que en 1871, Hecker, otorga el nombre de “hebefrenia” a un debilitamiento intelectual que sobreviene al periodo postpubertario; a menudo se inicia por una excitación maníaca o una depresión melancólica, apareciendo luego, progresivamente, un estado delirante y alucinatorio que desemboca en la

demencia.

Por su parte, en 1874, Kahlbaum describe la Catatonia, síndrome que incluye signos psíquicos y signos motores, concretamente trastornos del tono muscular, “locura de la tensión muscular”, caracterizada por:

1. La catalepsia: conservación pasiva de las actitudes;
2. Las estereotipias: fijación, en fórmula invariable de actitudes, gestos, actos, repeticiones de una misma palabra o frase;
3. La sugestibilidad;
4. La oposición.

Tercer periodo Kraepelin y cuarto periodo Bleuler.

Emilio Kraepelin (1883), fue el primer psiquiatra que diferenció del conjunto de pacientes mentales internados, la entidad patológica denominada demencia praecox. Este nombre había sido empleado anteriormente por el psiquiatra francés Morel, pero no con idéntica significación. Para Morel, praecox significaba que el estado demente comenzó pronto o precozmente en la vida, en oposición a la demencia senil de la vejez. Para Kraepelin, la denominación praecox adquiere un significado adicional: suponía que el estado de demencia seguiría precozmente o pronto al comienzo de la enfermedad. Así, incluso en el mismo nombre del trastorno, utilizado por Kraepelin, se reconoce su concepción finalista: la característica fundamental es el resultado, una característica pronóstica (Arieti Silvano, 1965 y Heuyer Georges, 1977).

La mayor contribución de Kraepelin consiste en la inclusión en el mismo síndrome de la catatonia, ya descrita por Kahlbaum, hebefrenia y Demencia típica, que se caracteriza por alucinaciones auditivas y tendencias persecutorias. La característica que más le llamó la atención en los pacientes, fue la tendencia progresiva hacia un

estado de demencia. Pudo diferenciar y definir como demencia praecox una sintomatología que consiste en alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo, con integridad relativa del sensorio. Kraepelin dividió a los pacientes en tres grupos: hebefrénico, catatónico y paranoico. Más tarde aceptó la diferenciación de un cuarto tipo, el del simple (imbécil), como propuso Bleuler. Otra forma “paranoide atenuada” se convertirá después en una manifestación límite de demencia precoz, descrita bajo el término de parafrenia con diversas variedades.

He aquí la presentación de un enfermo que tenía esta tipología paranoide en las lecciones clínicas aparecidas en 1900 en Heidelberg:

Estas presentaciones clínicas se desarrollaban según un ceremonial preciso ante un aula de estudiantes, en tanto que al paciente, previamente “extraído” del asilo como una valiosa pepita de oro, se le mantenía sentado sobre el estrado frente al médico. Se invitaba al sujeto a expresar lo mejor posible la realidad de sus anomalías mentales, que un interrogatorio preciso sacaba a plena luz, con preguntas pertinentes del médico para “clasificar” la situación y neutralizar la torpeza o la hostilidad del sujeto a funcionar en la dirección esperada.

La monografía de Kraepelin nos menciona que el paciente parece ser un conjunto de síntomas, no un ser humano; o si se nos presenta como hombre, parece pertenecer a una especie peculiar, diferenciado del resto de la humanidad y encerrado en un manicomio. El hospital psiquiátrico, en este autor, es como un jardín zoológico con muchas especies bien clasificadas. Kraepelin parece considerar al paciente como un ser separado o que ha de aislarse de la sociedad.

Eugenio Bleuler, (1911), fue un psiquiatra suizo, cuya participación en la historia de la Psiquiatría será siempre importante, aceptó muchos de los conceptos de

Kraepelin. Publicó una monografía sobre la demencia praecox, como resultado de muchos años de estudios e investigaciones. Calificó de nuevo el síndrome de esquizofrenia, alegando que una de las características más llamativas es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas, y no tanto la progresión hacia un estado demente.

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

Cita en primer lugar los trastornos sensoriales (ilusiones y alucinaciones): se sitúan especialmente a nivel de la esfera auditiva y en la parte más afectada e íntima del cuerpo. Estos sujetos escuchan voces imaginarias que comentan su pensamiento de una manera autoritaria o agresiva. Se trata de palabras misteriosas repetidas sin cesar o de frases cortas. Son percibidas como reales y se imponen al sujeto quien habitualmente las percibe como evidentes. Teme ser asesinado o despojado, y de ahí la posible reacción de violencia contra el entorno. Las alucinaciones visuales, más raras, presentan los mismos caracteres. Tienen a menudo un contenido terrorífico.

Las alucinaciones corporales son experimentadas en la intimidad del cuerpo como transformaciones angustiantes. “Comienza como un calambre por los pies, sube al vientre y después a los brazos y al pecho, penetra su hormigueo hasta el corazón, desgarrar, da tirones, se prende del pelo, etc. En los signos catatónicos, Bleuler incluye el estupor, mutismo, estereotipias, catalepsia, que sobrevienen con mayor o menor intensidad en casi la mitad de los casos de esquizofrenia.

Por último pueden presentarse períodos depresivos melancólicos. El sujeto parece bastante indiferente a su estado, pero sin embargo, puede llegar a suicidarse. Pueden sobrevenir también períodos de excitación maníaca en los que el enfermo se comporta en su alegría como una máquina que alguien maneja. La repetición de los mismos movimientos, los proyectos y reclamaciones extravagantes manifiestan cierto alejamiento con la realidad.

Bleuler no pudo apartar la idea de que la esquizofrenia pudiese ser debida a una enfermedad orgánica subyacente. En su libro menciona la posibilidad de que causas mentales produzcan los síntomas, pero no la enfermedad. Indica que el proceso de la enfermedad puede ser debido a alguna especie de toxina, como el reumatismo. Expone la idea de que la esquizofrenia es un trastorno psicógeno y, sin embargo, no puede descartar la idea de que su origen pudiera ser orgánico.

Este concepto de ambivalencia que Bleuler describió primeramente en psicóticos, ha desempeñado un papel importante en el pensamiento psiquiátrico, no sólo con referencia a psicóticos, sino también respecto a neuróticos y seres normales. En la palabra ambivalencia, comprende la presencia simultánea de los sentimientos opuestos para el mismo objeto, como, por ejemplo, en el caso del marido que a la vez ama y odia a su esposa. Encontró este síntoma en todos los esquizofrénicos y creyó

que su forma más ostensible era inherente al negativismo catatónico.

Minkowski (psiquiatría diferenciada y humanista) en 1927, propone una reflexión “psicopatológica” que, más allá de la apariencia y de la minucia de los síntomas, intente abordar interiormente “la estructura íntima del psiquismo esquizofrénico”. Sólo una actitud médica que él llama “comprensiva” permite experimentar la ruptura esencial que constituye la esquizofrenia con respecto a las modalidades “normales” de la existencia. Expresaba: “Haremos entrar un poco nuestra personalidad viviente y mediremos, confrontándolo con ella, el carácter particular de la manera de ser de nuestro paciente”. El sujeto esquizofrénico vive en un mundo frío, desvitalizado, su pensamiento retractivo, inafectivo, parece agotado, abstracto, lo que desemboca en el geometrismo mórbido.

A pesar de ello, su actitud “comprensiva” esta manera de vivir la enfermedad experimentándola lo más acerca posible de la intimidad sensible del sujeto, atenúa la ruptura de una actitud estrictamente objetiva que descubre y observa la locura desde una normalidad bien asegurada.

También, Adolfo Meyer (1906), de profesión médico que estudió en Suiza y que llegó a Estados Unidos en 1892, fue el más destacado psiquiatra americano durante varias décadas. Desde el principio de su carrera, la esquizofrenia acaparó su mayor interés. No le satisfizo el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia praecox. Comprendió que quizá deberían considerarse de nuevo los factores psicológicos, aunque los profanos en la materia y las Escuelas antiguas de Psiquiatría les habían adjudicado mucha importancia.

Meyer propuso que debía estudiarse al paciente en sentido “longitudinal”; desde el comienzo de su vida deberían ser investigados y examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental. Así Meyer llegó a convencerse de que

la demencia praecox era el resultado de una acumulación de desórdenes habituales o hábitos faltos de reacción. El individuo que es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encararse con fracaso tras fracaso, puede tender hacia lo que Meyer llamó reacciones sustitutivas. Al principio, estas nuevas costumbres parecen como “subterfugios triviales e inofensivos”, como son las fantasías diurnas, la meditación, el decremento de interés, etc.; pero más tarde se vuelven perniciosas, ingobernables, y tienden a asumir mecanismos de definidos, como alucinaciones, ilusiones, bloqueo, etc.

Por otro lado, Sigmund Freud (1914), describió en una de las primeras interpretaciones dinámicas de Adolfo Meyer, cómo las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias. El ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito. La idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo. La muchacha que no podía aceptar el hecho de que cierto hombre no la amaba, en su sistema ilusorio lo veía y oía a su lado.

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

Quizá la más importante de todas las aportaciones del fundador del Psicoanálisis en relación con la esquizofrenia sea el concepto de simbolización. Según este concepto, los síntomas ya no se aceptan en un nivel fenomenológico, sino como sustitutos de algo que simbolizan. Las fuerzas represivas del yo transforman los

síntomas de tal manera, que el paciente ya no los puede reconocer como intentos de cumplir deseos censurables.

Además, Carlos G. Jung (1903), fue el primer psicoanalista que aportó contribuciones sobresalientes a la esquizofrenia. Comprendió que las alucinaciones, ilusiones y otros síntomas esquizofrénicos, eran debidos a la actividad del complejo que no podía estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. Según Jung, la esquizofrenia no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico; al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro.

Sus contribuciones más importantes para el estudio de la esquizofrenia podemos resumirlas en cinco puntos:

1. Fue el primero en aplicar por completo los conceptos psicoanalíticos a la esquizofrenia. Describió la existencia del complejo autóctono en esta situación y prescribió que la afectividad era la fuerza dinámica del complejo.
2. Fue el primero en ver la posibilidad de participación psicosomática del sistema nervioso central en la esquizofrenia, aunque no formulase su concepto con estas mismas palabras.
3. Trató de hacer una descripción de la personalidad básica del esquizofrénico, identificándola con el tipo introvertido, en contraposición a la personalidad del histérico, que identificó con el tipo extrovertido.
4. Adelantó la teoría del inconsciente colectivo. Según este autor, muchos síntomas de la esquizofrenia son la reproducción de arquetipos depositados en el inconsciente colectivo.
5. Jung pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza no habitual, y que un número anormal de tendencias atávicas no se ajustan a la vida moderna. Con este último punto parece reafirmar la importancia de los factores

congénitos, disminuyendo en gran manera la importancia que tienen los factores ambientales o las fuerzas interpersonales.

Así mismo, Harry Stack Sullivan (1929), fue el psicoanalista americano que aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia. Su gran aportación consiste en la interpretación de la Psiquiatría como el estudio de las relaciones interpersonales. Según Sullivan, el psiquiatra debe interesarse más por lo que sucede entre las personas que por lo intrapsíquico. Según sus propias palabras, no hay nada que sea intrapersonal o intrapsíquico; todo se deriva de las relaciones del individuo con otras gentes, en especial con personas con las que ha vivido en su infancia, sus padres o los sustitutos de sus padres, a los que Sullivan denomina adultos significativos en la vida de un individuo. Todo es interpersonal; todos nuestros pensamientos y fantasías tratan de personas, sean reales o imaginarias.

En su primer trabajo sobre la esquizofrenia, publicado en 1931, Sullivan hace constar que los fundamentos de su trabajo y los conceptos de este trastorno son pluralísticos, pero que ha aceptado tres conceptos particularmente en la interpretación de sus datos. El primero es el postulado del inconsciente como fue formulado por Freud. El segundo es la hipótesis teleológica vitalista. El tercero es “la hipótesis genética de la estructura mental y funciones que explican una secuencia vital de la experiencia”.

Describe en otro de sus trabajos que tras haber estudiado trece años a esquizofrénicos, su conclusión es la siguiente: Las interpretaciones existentes sobre este trastorno se prestan a equívocos. Hay que estudiar al esquizofrénico en su personalidad total. Los factores prenatales y ambientales de la infancia son muy importantes. Hace hincapié sobre la peculiaridad de los padres de los esquizofrénicos e indica que los psiquiatras han observado generalmente que no pueden obtener por

parte del enfermo un historial favorable de la madre. Sullivan considera la esquizofrenia como una situación caracterizada por: a) Preponderancia regresiva en la vida fantástica implícita, b) Preponderancia regresiva de la actividad irracional patente, como la conducta mágica o ritual, c) Preponderancia extraordinaria de motivaciones que, por lo general, sólo en ocasiones reciben expresión. Más que otro cualquiera de sus contemporáneos, Sullivan comprendió que se podía tratar la esquizofrenia por medios psicoterapéuticos. Hizo del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia la obra capital de su vida.

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión. Por otro lado, en 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico, que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro, y la reacción esquizofrénica, que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social, laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo (Arieti Silvano, 1965 y Heuyer Georges, 1977).

Tabla 1: Clasificación de la Esquizofrenia.

1. Simple
2. Tipo hebefrénico
3. Catatónico
4. Paranoide
5. Agudo indiferenciado
6. Crónico indiferenciado
7. Tipo esquizo-afectivo
8. Tipo infantil
9. Tipo residual

De acuerdo a la primera edición del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-I, 1952).

Dicho capítulo se enfoca a cómo se ha considerado la Esquizofrenia a través de los años. Existe una marcada diferencia entre las épocas más remotas y la actualidad, hace muchos años era considerada como una posesión demoniaca, sin embargo, ya comenzaba a tener distintos subtipos: parafrenia, catatonía, hebefrenia, paranoico, entre otros. Sin embargo, no fue sino hasta finalizar la segunda Guerra Mundial cuando se apreció un movimiento en todos los países, tendiente a romper el aislamiento en el que vivían los enfermos mentales. Hubo una transformación total de los hospitales psiquiátricos, de instituciones carcelarias a establecimientos abiertos. Así mismo, una creación del concepto "ambiente terapéutico" y una intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada abrevian la estancia de los enfermos, entre otras (Sánchez, 1974).

Bleuler fue el primer psiquiatra que empleó términos como alucinaciones, ilusiones, que como se sabe, en épocas más antiguas aún no se consideraban como parte de la Esquizofrenia, ya que acostumbraban a recluir a los enfermos mentales en "casas de locos" y ahí hasta su muerte.

Para explicar dicho padecimiento muchos psiquiatras y médicos intentaron darle una connotación lógica de acuerdo a sus estudios, sin embargo, aquí lo que realmente es significativo, es lo que la Psicología pretende explicarnos. Freud fue uno de los personajes más importantes en cuanto a este tema se refiere, él nos habla que los síntomas son sustitutos de algo que simbolizan. Así mismo, Sullivan nos menciona que los factores prenatales y ambientales de la infancia son muy importantes porque yace aquí la etiología de la Esquizofrenia, de hecho el Psicoanálisis nos menciona que durante los primeros años de vida, es donde surge algún conflicto que origina que esta patología se manifieste.

En la parte final de este capítulo se hace mención de la clasificación que ofrece

el DSM-IV con respecto a la Esquizofrenia, de acuerdo al nuevo apartado, éste no varía mucho del anterior, los subtipos son similares o algunos se han fusionado con otros. Los más comunes que se encontraron en el estudio en AFAPE (Asociación para familiares y amigos de pacientes esquizofrénicos) son: catatónico, paranoide y diferenciada.

1.1 Modelos actuales y categorías.

En el presente apartado, se conocerá el concepto actual de la esquizofrenia dado que difiere mucho del que se tenía con anterioridad. La esquizofrenia es en la actualidad uno de nuestros problemas médicos más importantes. Esto no debe atribuirse únicamente a su incidencia y cronicidad, o al hecho de que afecta en mayor grado a personas que se encuentran en los períodos más productivos de la vida, o sea entre los 15 y los 44 años. Se debe a que la medicina ha progresado en su lucha contra muchas enfermedades, y, en comparación, la esquizofrenia adquiere una importancia exagerada. Otro factor podría ser la incrementación de la preocupación por las enfermedades mentales, especialmente porque ellas conducen a la pérdida de la libertad del individuo (Jackson, 2001). En el pasado, se creía que las enfermedades mentales eran ocasionadas por embrujamientos o que las personas se encontraban poseídas por el demonio, por tal motivo, se les recluía en cárceles o se hacían una especie de exorcismos. En la época actual, existe más información acerca de los padecimientos mentales, ya no se cree que se deba a cuestiones demoniacas, algunas patologías pueden tener su origen en daños orgánicos u otros autores piensan que se debe a conflictos durante la niñez.

En la actualidad, debido a que ni los factores fisiológicos o estructurales ni las causas ambientales han quedado establecidos definitivamente, la esquizofrenia ha sido clasificada como un trastorno emocional (Sarason y Sarason, 2000).

El síndrome de la esquizofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinámica, su etiología y su curso clínico. Dos pacientes diagnosticados ambos como esquizofrénicos parecerán acaso totalmente distintos. Esta variabilidad ha conducido a la comprensión de la esquizofrenia no como solo una entidad, sino como un grupo de entidades clínicas (MacKinnon, 1973).

En este caso se mencionará más a fondo la Esquizofrenia, que es un complejo y variable trastorno psiquiátrico caracterizado por una discapacidad cognitiva, social y emocional, acompañada de síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizado. Los costes sociales y económicos combinados son muy elevados, lo que la sitúa entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo. Es importante conocer el concepto de tal patología, para así evitar algún tipo de confusión con otro padecimiento que pueda tener una sintomatología similar (Cuevas, Campayo, Gutiérrez, Gracia y López, 2011).

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. Dichos síntomas implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización de comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral y social. Es una alteración neurodegenerativa, pues se han encontrado en estos pacientes menor tamaño cerebral, mayor volumen ventricular,

alteraciones anatómicas en los lóbulos frontal y temporal, particularmente del hemisferio cerebral izquierdo, así como disminución de marcadores a diversos neurotransmisores (Brailowsky, 1995).

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascarse con problemas escolares o mal comportamiento.

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, hable solo o se ría sin motivo aparente, aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes.

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista (Moreno, 2011).

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas

negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización de comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). La dimensión psicótica incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la dimensión de desorganización incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizado. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio de comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias (de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; lo característico es que el sujeto acusa, identifica o vivencia, en el mundo externo, un objeto u objetos persecutorios o peligrosos, que pueden irrumpir poniendo en peligro el equilibrio o la integridad de su yo; es decir, el sujeto se siente amenazado por peligros que provienen del exterior (Bleger, 2002). La persona cree que esta siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.

Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no se 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. Un 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).

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son las más habituales. Son experimentadas como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. Puede perder el “hilo”, saltando de un tema a otro; las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas; y, en ocasiones, el lenguaje puede estar gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (traer puesto muchos abrigos en un día caluroso), o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (gritar o insultar).

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención, manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido, la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido, el asumir

posturas inapropiadas o extrañas o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador.

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. 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. 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.

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 (DSM-IV, 1996).

Tabla 2: Clasificación de la Esquizofrenia con base a DSM-IV.

Tipo de Esquizofrenia	Características
Tipo desorganizado	Principales características de este tipo de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización de comportamiento puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo de esquizofrenia se denomina HEBEFRÉNICO.
Tipo catatónico	<p>Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.</p> <p>La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia o estupor. Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.</p> <p>Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica de una palabra o frase que acaba de decir otra persona.</p> <p>La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. El sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento y autolesiones.</p>
Tipo residual	El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados. Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. 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.
Tipo indiferenciado	La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
Tipo paranoide	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 pueden presentarse ideas delirantes con otra temática. 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 y 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 puede 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 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.

El DSM-IV incluye en su clasificación de la esquizofrenia cinco tipos, los cuales son: desorganizado, catatónico, residual, indiferenciado y por último paranoide y nos señala las características de cada uno para poder realizar un diagnóstico más acertado. Es importante señalar que con el paso del tiempo dicha clasificación ha sido modificada debido a los avances que se han tenido con respecto a las enfermedades mentales.

Tabla 3: Clasificación de la Esquizofrenia con base a CIE-10.

Tipo de Esquizofrenia	Características
F20.0 Esquizofrenia paranoide	<p>Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.</p> <p>Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica	<p>Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.</p> <p>Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido.</p>
F20.2 Esquizofrenia catatónica	<p>Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas.</p>
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	<p>Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.</p>
F20.4 Depresión postesquizofrénica	<p>Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.</p>
F20.5 Esquizofrenia residual	<p>Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.</p>
F20.6 Esquizofrenia simple	<p>Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos.</p>
F20.8 Otra esquizofrenia Incluye:	<ul style="list-style-type: none"> ● Esquizofrenia cenestopática. ● Trastorno esquizofreniforme sin especificación. <p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2). ● Esquizofrenia cíclica (F25.2). ● Esquizofrenia latente (F23.2).
F20.9 Esquizofrenia sin especificación	<p>-----</p>

El CIE-10, nos permite hacer una clasificación más específica de las enfermedades que prevalecen en la actualidad. En este caso, nos permite una clasificación más detallada de la esquizofrenia. Si hacemos una comparación con el DSM-IV, podemos percatarnos que el CIE-10 divide la esquizofrenia en más tipos para una mayor comprensión de dicha patología y por la clasificación internacional.

Como se sabe, los pacientes que padecen Esquizofrenia deben estar medicados ya que es un padecimiento que requiere de supervisión médica por los síntomas que presenta, aunado a esto existen distintos programas de apoyo que ayudan al individuo en su rehabilitación, dichos programas se refieren a un tratamiento terapéutico, el cual es manejado por psicólogos que ayudan al individuo a tener una mejor calidad de vida. Estudios de seguimiento durante un periodo de dos años revelaron que la evolución es mejor en los países menos industrializados, un hallazgo intrigante que puede estar en relación con algunas de las redes de apoyo social existentes en las naciones en desarrollo (Rosenzweig y Leiman, 1995).

Las personas esquizofrénicas son seres muy tímidos, de escasa estimación propia y sujetos a la sospecha de que no son particularmente apreciadas o respetadas por los extraños. Como muchas otras personas, son bastantes sensitivos a que se escudriñen sus vidas, a la inspección y a que se les "mire directamente a los ojos". (Sullivan, 1990).

1.2 Rehabilitación en pacientes con Esquizofrenia

Esta tesis toca varios puntos acerca de la Esquizofrenia. En primera instancia, se toca el punto de los antecedentes, si bien, es importante hacer mención qué idea se tenía de las enfermedades mentales ya que con ello podemos entender un poco más del concepto actual. Así mismo, se ha hablado de los distintos tipos en que se divide la Esquizofrenia, ya que como bien se sabe, no es lo mismo hablar de la esquizofrenia paranoide, que es la más común, al menos en mi experiencia, que de la esquizofrenia catatónica. Se continúa con los aspectos fisiológicos, que tienen un papel muy importante en este tema porque varios autores creen que el origen de esta patología yace aquí.

En este apartado se hablará acerca de la rehabilitación. Se mencionarán algunos

tipos de tratamiento que hacen hincapié en que el problema radica en la familia y que el hecho de que exista tensión dentro de ella puede ser un factor importante en el desarrollo de crisis que suelen presentar los pacientes en ciertos momentos de su vida.

Hace 50 años no se conocía de un caso de "recuperación" de la esquizofrenia; ahora, no es sorprendente que un hospital para enfermos mentales reporte que hubo recuperación en 40% de los casos. Se ha hecho posible dar la bienvenida a la política de "puerta abierta", que en cierto sentido es análoga a ese gran periodo de fines del siglo XVIII, cuando Pinel quitó las cadenas de los enfermos mentales en el "Asilo para locos" de Salpetriere. Actualmente, las cerraduras y los barrotes están siendo eliminados de los hospitales mentales (Brussel, 1979).

A continuación se explican algunos tratamientos en la rehabilitación de la Esquizofrenia:

La idea de que los ambientes familiares tienen un papel causal en la esquizofrenia y la subsecuente aplicación de la terapia familiar como método de tratamiento tiene una historia larga. Sin embargo, los efectos iatrogénicos de dichos modelos de patología familiar se han demostrado bien ahora. En los últimos años, el foco de interés se ha desplazado al papel que desempeñan los ambientes familiares en la precipitación de las recaídas en los individuos vulnerables que ya han experimentado un episodio de esquizofrenia: es decir, la importancia del ambiente doméstico en el curso, más que en la etiología, de la enfermedad. Si pueden identificarse en el ambiente familiar factores que contribuyan a las recidivas, en teoría esos factores podrían modificarse, evitando así la recaída. Éste ha sido el fundamento que ha animado los estudios de intervención familiar (Birchwood y Tarrier, 1995).

Antes de comenzar a hablar de la rehabilitación, es conveniente realizar una entrevista con el paciente para poder conocer más acerca de la historia personal y familiar, así mismo, para saber en qué momento comenzó la esquizofrenia, entre otros datos importantes que nos puede aportar por medio de dicho instrumento.

En la entrevista con pacientes psicóticos, es necesario tener presente que, por incomprensibles que parezcan de entrada sus gestos, actos y palabras, constituyen comunicaciones llenas de significado, son expresiones deformadas, tendientes a encubrir pensamientos y afectos adecuados a su relación con el ambiente y con las personas con las que se enfrentan, porque se teme que la expresión directa de tales ideas y sentimientos provoquen un nuevo rechazo. Es a la comprensión de estas comunicaciones, tanto o más que al conocimiento de los síntomas e historia personal y familiar del paciente, a los que el entrevistador debe poner atención (Díaz Portillo, 1998).

El apego ayuda a regular las emociones, anulando los extremos de afecto. La psicoterapia individual maximiza este potencial. La separación puede ser especialmente aterradora para personas con padres traumatizados o con depresión. Estos padres pueden haber absorbido el trauma de sus propios padres, y así sucesivamente. Suomi (1997), demuestra que las experiencias tempranas esculpen el desarrollo neurológico en los primates no humanos y que las manifestaciones más drásticas de experiencia temprana tienen lugar en el contexto de estrés o desafío.

1.2.1 Psiquiatría de Psicosis

Especialmente con pacientes que otros consideran incurables, a menudo, se obtiene un buen resultado. Los pacientes responden ante el insight y ante interiorizar a un terapeuta tolerante, amable, confundido y testarudo, que está ahí para ayudar, puede tolerar sentimientos negativos, así como falta de comprensión, y que no se rinde. Relacionamos nuestra testarudez con sus síntomas de terquedad.

1.2.2 Psicoterapia individual en personas diagnosticadas de esquizofrenia (Estudio)

Los hallazgos metanalíticos indican que la psicoterapia individual, con o sin medicación antipsicótica, es un tratamiento efectivo para la esquizofrenia. La psicoterapia individual sin medicación parece tener en líneas generales una eficacia terapéutica similar a la medicación antipsicótica y cada tratamiento parece tener a grandes rasgos un beneficio gradual similar cuando está combinado con el otro.

La psicoterapia individual está vinculada a una mejoría en el funcionamiento de la mayoría de los pacientes con diagnóstico esquizofrenia que la reciben. Todas las formas de psicoterapia individual (psicodinámica, cognitivo-conductual y de apoyo no psicodinámico) estaban vinculadas con una mejoría en el funcionamiento, pero los índices más elevados de mejoría estaban asociados con las terapias psicodinámica y cognitivo-conductual.

1.2.3 Terapia familiar y esquizofrenia

En las últimas décadas la terapia familiar se ha convertido en un consolidado tratamiento para muchos problemas de salud mental. La psicoterapia y la terapia familiar para la esquizofrenia se han aplicado tradicionalmente cuando los síntomas agudos subsistían.

El tratamiento familiar siempre ha tenido un papel importante en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas. En la década de los cincuenta, la teoría interpersonal de la esquizofrenia de Harry Stack Sullivan (1953) era aceptada ampliamente en Estados Unidos. Sullivan fue uno de los primeros en destacar la interdependencia entre los esquizofrénicos y sus familias:

La etiología de un trastorno esquizofrénico debe buscarse en los acontecimientos que implican al individuo. Soy de la opinión que los acontecimientos significativos están dentro de una única categoría; acontecimientos que relacionan al individuo con otros individuos más o menos significativos para él (Sullivan, 1962 y Read, Mosher y Bentall, 2006).

1.2.4 Tratamiento familiar psicoeducativo

Uno de los tratamientos es la terapia sistémica que se centra en la familia, y menciona que debe de existir un clima familiar donde haya lo menos posibles situaciones que produzcan estrés en el paciente, ya que esto suele ocasionar una crisis. Así mismo, el objetivo está en el hecho de que exista una comunicación más clara y donde no haya confusiones o mal interpretaciones dentro de la red familiar. Cabe señalar, que es importante la reinserción del paciente dentro de la familia y esto se puede dar mediante salidas o excursiones a ciertos lados donde la familia se sienta cómoda y tranquila.

A finales de los setenta, la investigación en el tratamiento familiar había desarrollado el concepto de clima emocional familiar, que centraba su interés en la emoción expresada y sus componentes de crítica/hostilidad y sobreimplicación emocional. Al mismo tiempo, dejó de pensarse que los factores familiares pudiesen causar esquizofrenia.

La investigación sobre la emoción expresada demostró que las actitudes y opiniones negativas respecto al paciente por parte de sus parientes cercanos están relacionadas con un mayor riesgo de recaída (Brown et al.m 197; Vaughn y Leff 1976). Es por ello que los enfoques orientados a la familia intentaron mejorar el sistema de relaciones dentro de la familia y descubrir los recursos propios de ésta.

Hacia al final de la década de los setenta, se desarrollaron varios programas de tratamiento familiar psicoeducativos para la esquizofrenia (Goldstein y Miklowitz 1995; Dixon et al. 2001) que suponían una nueva manera de trabajar con las familias. Estos programas estaban basados principalmente en el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring 1977) o modelo VSBK (Vulnerabilitats-Stres-Bewaltigungs-Kompetenz; vulnerabilidad-estrés-afrontamiento-competencia).

El objetivo del tratamiento no es comprender cómo la familia puede haber contribuido al problema y cómo puede resolverse esto, sino más bien prevenir o retrasar la recurrencia de un episodio psicótico y reducir la carga subjetiva de los miembros de la familia. Esto da lugar a una importante contradicción: por un lado se les dice a las familias que no han tenido ningún papel en el desarrollo del problema, mientras que por el otro se le pide que cambien su conducta para evitar que el mismo problema vuelva a producirse.

Los programas familiares psicoeducativos consisten en dos componentes generales:

- Educación sobre la esquizofrenia, a partir del modelo de enfermedad propuesto en su mayoría por el modelo de vulnerabilidad-estrés.
- Formación en técnicas activas de comunicación, en resolución de problemas, en control del estrés y en intervención en las crisis, diseñada principalmente para reducir la alta emoción expresada.

Varios estudios han demostrado que estos enfoques de psicoeducación familiar pueden además prevenir, retrasar o reducir las recaídas (Goldstein y Strachan 1986; Hogarty et al. 1986) reduciendo la alta emoción expresada o el contacto entre pacientes y padres.

Se da por hecho que el componente educativo contribuye de manera importante a la reducción de los índices de recaída. Se cree que disminuye la hostilidad de los padres hacia sus hijos, fomentando la creencia de que no tienen control sobre su conducta.

El enfoque de la psicoeducación para trabajar con las familias, con su centro de atención puesto exclusivamente en la emoción expresada, excluye o minimiza otras dinámicas familiares importantes, como por ejemplo los conflictos entre la autonomía y el apego.

El trabajo familiar real requiere un escenario donde sea posible hacer preguntas y donde pueda producirse una búsqueda compartida de respuestas que tengan sentido para todos los miembros de la familia (Wynne 1994).

1.2.5 Terapia familiar psicoanalítica

El tratamiento familiar psicoanalítico requiere una alta motivación para cambiar la conducta de las familias. El objetivo está en los conflictos familiares de larga duración, que pueden ser interpretados o no en términos de interacciones precoces durante la infancia, dependiendo de si la familia lo considera útil.

De manera similar al tratamiento familiar sistémico, un objetivo importante es convertir la comunicación difusa y poco definida dentro de la familia en una más transparente y clara. Este patrón de comunicación puede verse como una resistencia contra los cambios que inducen a la ansiedad en las relaciones. La ansiedad podría estar relacionada con la pérdida de la unidad familiar estabilizadora. El terapeuta se convierte en el mediador de un diálogo constructivo entre los miembros de la familia.

Todos los miembros de la familia deberían poder conversar libremente sobre todos los temas, especialmente sobre aquellos que se han evitado hasta ahora.

A veces es posible trabajar con varias generaciones. Los abuelos pueden ser particularmente constructivos en encontrar soluciones (Sperling 1975). Schwarz (2000) apunta que pueden pasar 2 o 3 años hasta que el tratamiento psicoanalítico en pacientes esquizofrénicos supone una reducción de las recaídas psicóticas agudas y una mejoría en las relaciones sociales, en la vitalidad emocional, en la autoestima y en el desarrollo de una identidad definida independiente de las de los demás.

1.2.6 Tratamiento familiar sistémico

Los enfoques básicos más importantes del tratamiento familiar sistémico son la cibernética, las teorías de la información y la comunicación, las teorías matemáticas y la teoría del caos (Retzer 2000), que tienen que ver ante todo con los procesos organizativos formales que determinan el origen y el cambio de las estructuras. Se aplican a la cuestión de cómo un sistema familiar complejo mantiene su estructura. Retzer y Simon (2001) consideran que los síntomas esquizofrénicos son una desviación de lo que se espera: en el caso de síntomas positivos, como ideas delirantes o alucinaciones, los pacientes se comportan de una manera inesperada, y en el caso de síntomas negativos, no se comportan de la manera esperada. El énfasis se pone en las cuestiones cruciales de autonomía y dependencia, culpa y la responsabilidad.

La terapia familiar sistémica tiene que ver ante todo revertir la expulsión, es decir, la exclusión del paciente del grupo familiar (Stierlin 1996). El terapeuta debe tener gran cuidado en no apropiarse de ninguna de las funciones en la familia. Esto puede hacerse adoptando una posición neutral y de apoyo a todos los miembros de la familia. El objetivo es crear un espacio para nuevas oportunidades.

Los síntomas, inicialmente vistos como totalmente negativos por todos los miembros de la familia, son discutidos de manera que se descubra la función que tienen en la familia.

El objetivo esencial de este tratamiento es suavizar las posiciones individuales incompatibles y férreas de los miembros de la familia. Es crucial ayudar a las familias que aprendan nuevas formas de controlar los conflictos entre sus miembros (Read, Mosher y Bentall, 2006).

Cuando los pacientes son capaces de demostrar que pueden mantenerse por sí mismos fuera de un hospital sin sufrir crisis graves, y una vez que adquieren la capacidad de ir asumiendo gradualmente algunas responsabilidades dentro de su familia, podemos empezar a centrar la atención en su reintegración a un mundo social y laboral más vasto.

La esquizofrenia causa inevitablemente un impacto en la vida social de los pacientes y en las redes sociales de sus familias. Con el tiempo, algunos de sus síntomas pueden inducir a los enfermos a cuestionar o percibir equivocadamente la intención y significado de las comunicaciones emitidas por otros integrantes de su mundo social, en particular sus amigos y familiares.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia pueden intensificar aún más el aislamiento provocado por este retraimiento deliberado. A los pacientes les cuesta mucho involucrarse en una interacción social fuera de su familia inmediata cuando la apatía, la falta de motivación y la disminución de sus energías deterioran su funcionamiento.

Contenido, dosificación y estructura de las tareas sociales

Primer paso: el paciente se reincorpora a la familia.

No podemos centrar la atención en la meta de incrementar la socialización del paciente hasta tanto no se hayan estabilizado sus síntomas y él mismo no haya empezado a asumir algunas responsabilidades por su conducta en el seno de su familia. El progreso en el funcionamiento dentro de la familia sirve para determinar el momento en que el paciente podría estar preparado para pasar a la meta más ambiciosa de iniciar el contacto social fuera de la familia.

Excursiones sociales más independientes

Cuando se las planifica adecuadamente, las actividades sociales compartidas con la familia sirven de trampolín para el desarrollo de excursiones sociales más independientes en la siguiente etapa del tratamiento.

Un comienzo alternativo: asignar tareas a otros miembros de la familia

A veces, especialmente cuando el paciente opone gran resistencia, conviene centrar inicialmente la atención en el mejoramiento de la vida social de otros integrantes de la familia.

El modo de salir del ámbito familiar

La familia tampoco puede seguir siendo la única vía de salida social del paciente, ni quedar a su disposición para acompañarlo en todas sus incursiones por el mundo exterior. Tarde o temprano, el paciente debe pasar a una vida social orientada a sus pares. Esta transición tiende a ser un proceso importante y muy estresante, por lo que, a menudo, el clínico debe poner especial cuidado en proporcionarle mayor apoyo y

estructura durante este período para asegurarle una transición gradual, controlada y sin riesgos.

Cuando el paciente, sus familiares y el clínico empiezan a centrar su atención en la salida del ámbito familiar, la primera decisión importante es determinar dónde comenzar. Los primeros contactos sociales fuera de la familia tienden a ser dictados por la disponibilidad de recursos.

Fundamentos de la rehabilitación ocupacional

Con frecuencia, las personas que han padecido esquizofrenia, sea cual fuere la duración de su enfermedad, son incapaces de obtener un empleo y carecen de las habilidades necesarias para mantenerlo. Muchos pacientes han sufrido su primer episodio agudo hacia el final de su adolescencia, antes de que adquirieran una preparación laboral "vendible" y, sea cual fuere su edad actual, nunca han trabajado de verás o lo han hecho esporádicamente.

La fase pre-laboral: adquisición gradual de habilidades para la supervivencia ulterior

El mejor momento para encarar la rehabilitación ocupacional es aquel en que los pacientes se han mantenido estables, con un control razonable de sus síntomas psicóticos, han adquirido la capacidad de reconocer sus propios síntomas tempranos y han aumentado su participación y responsabilidad dentro de su familia. Este punto suele alcanzarse por lo menos diez o doce meses después de un episodio agudo y/o del alta hospitalaria.

Fase inicial de trabajo o estudio

La preparación para este paso debe abarcar las tareas prelaborales y una atención especial de las posibles causas de estrés. El paciente debe presentar la mejor imagen posible, pues se está ofreciendo en venta.

La situación laboral ideal para un paciente esquizofrénico en vías de recuperación reuniría las siguientes características:

1. Comenzaría con un horario de jornada incompleta
2. El paciente no empezaría a trabajar un lunes sino a mitad de semana
3. El puesto no sería ni totalmente aislado, ni intensamente social
4. Incluiría la supervisión de un superior, que preste apoyo
5. Las tareas serían moderadamente interesantes

Los estudios

La asistencia a un colegio comunitario local, dentro de un horario parcial, puede servir de precalentamiento preparatorio para el retorno a un programa más exigente. La proximidad del lugar de estudio permite que todas las personas interesadas vigilen de cerca el progreso del paciente. Si su desempeño es deficiente, se puede reexaminar la viabilidad de un pronto retorno a la universidad. Si es bueno, se puede negociar otro paso, por ejemplo, incrementar las actividades sociales o la cantidad de materias cursadas manteniendo la residencia en el hogar, o regresar a un centro de estudios alejado del hogar (Anderson, Reiss y Hagarty, 2001).

Enfoque terapéutico

Nuestro enfoque consta de un elemento psicoeducativo y de un enfoque familiar estructural, apoyado en técnicas cognitivo-conductuales. Educar a los familiares sobre la enfermedad y trabajar con ellos para atacar algunos de sus problemas atenuará su

comportamiento crítico o sobreinvolucrado y ayudará a prevenir recaídas.

A continuación se detallan las premisas básicas y la filosofía del modelo del tratamiento:

- a) La esquizofrenia se concibe como un trastorno de base biológica. Fuentes de estrés como los cambios vitales inesperados pueden desencadenar la enfermedad o la recaída.
- b) En vez de culpar a los familiares, se los acerca al polo terapéutico para ayudar al paciente.
- c) Se promueve una actitud abierta y de colaboración con la familia. Se comparte la información sobre la enfermedad. Se facilita la colaboración mediante el trabajo conjunto para establecer metas, prioridades y tareas.
- d) Se reconoce que las familias tienen necesidades y puntos fuertes. Se utiliza un enfoque positivo para abordar los problemas de cada familia apoyándose en sus puntos fuertes.
- e) La intervención psicosocial se ofrece como parte de un tratamiento, en el que entran los psicofármacos y la atención del paciente en consulta externa (Kuipers, Leff y Lam, 2004).

Capítulo 2

Procesamiento cognitivo en pacientes esquizofrénicos

Este capítulo se enfocará a hablar de los aspectos fisiológicos que podrían originar la Esquizofrenia. En específico, Luria nos hace mención de cómo se encuentra organizado nuestro cerebro y dónde se encuentra cada órgano y qué función tiene en nuestro cuerpo. Acerca del sistema reticular activador, éste, su función principal es la de mantener en estado de alerta al ser humano ante cualquier circunstancia o hecho.

El hecho de que el cerebro humano sea el 2% del cuerpo y consuma el 20% de la energía indica su importancia para todo el organismo y sus relaciones con el exterior, originando la idea de que el cerebro asume la información procesada sobre el entorno. Es el órgano en el que existen las estructuras necesarias para entablar y mantener las relaciones, base de la supervivencia del individuo y de la especie en su conjunto. De ahí que la destrucción de alguna de las estructuras implicadas pueda crear situaciones, actualmente no reparables, para una correcta sociabilidad (Valdizán, 2008)

Existen tres tipos de cortezas que nos menciona dicho autor: Occipital, Parietal y Temporal, las cuales tienen distintas funciones en nuestro cerebro, la occipital maneja los aspectos visuales, la parietal, sensaciones cutáneas y quinestésicas y la temporal, las experiencias auditivas. Por último y no menos importante, se encuentran los lóbulos frontales que se encuentran involucrados en la programación, regulación y verificación de la actividad mental.

La evaluación de las funciones cognoscitivas, en condiciones normales y patológicas, ha despertado la necesidad de contar con instrumentos breves, confiables y objetivos para la valoración del funcionamiento mental. En enfermedades

neurológicas, psiquiátricas y aún en condiciones médicas generales asociadas a enfermedades sistémicas e independientemente de la edad de los sujetos, frecuentemente las alteraciones y fluctuaciones en el funcionamiento mental son los primeros síntomas observables. Si estas alteraciones se detectan oportunamente pueden alertar al médico general y/o a los profesionistas asociados sobre la presencia de condiciones neuropatológicas subyacentes y, de esta manera, promover el cuidado y la atención de los pacientes.

Una exploración neuropsicológica debe incluir la evaluación de diversos procesos cognoscitivos, para así poder evaluar en forma comprensiva todo el espectro de anormalidades neuropsicológicas. Aun más, de manera frecuente en condiciones psiquiátricas o en cuadros demenciales existen alteraciones subcorticales, por lo que la valoración neuropsicológica debe incluir pruebas que sean sensibles para detectar este tipo de lesiones.

2.1 El sistema funcional

Luria establece el concepto de sistema funcional, que marca un avance significativo respecto del concepto estricto de la localización de funciones en áreas corticales discretas. Las funciones psíquicas superiores sólo pueden existir gracias a la interacción de estructuras cerebrales altamente diferenciadas, cada una de las cuales hace un aporte específico propio al todo dinámico y participa en el funcionamiento del sistema cumpliendo funciones propias. El sistema es autorregulador, el cerebro juzga los resultados de cada acción en relación con el plan básico, y termina la acción cuando ha completado satisfactoriamente el programa. El daño en algún eslabón del sistema funcional ocasiona un tipo muy específico de trastorno en estos procesos conductuales complejos.

El concepto de doble disociación establecido por Teuber, afirma que existen

procesos o factores comunes subyacentes a determinadas funciones cognitivas complejas, de modo que al alterarse, todos los sistemas funcionales que lo incluyen se ven afectados.

La orientación derecha-izquierda, la habilidad par hacer cálculos aritméticos y la comprensión de estructuras gramaticales complejas, incluyendo preposiciones, conductas éstas que en apariencia no tienen nada en común, se ven afectadas por una lesión en la región parietal posterior del hemisferio izquierdo. Todas ellas dependen de un factor común, como sería cierto tipo de conceptos espaciales. De forma inversa, conductas aparentemente semejantes, como el procesamiento auditivo del lenguaje y de sonidos musicales, se ven afectadas por lesiones muy diferentes.

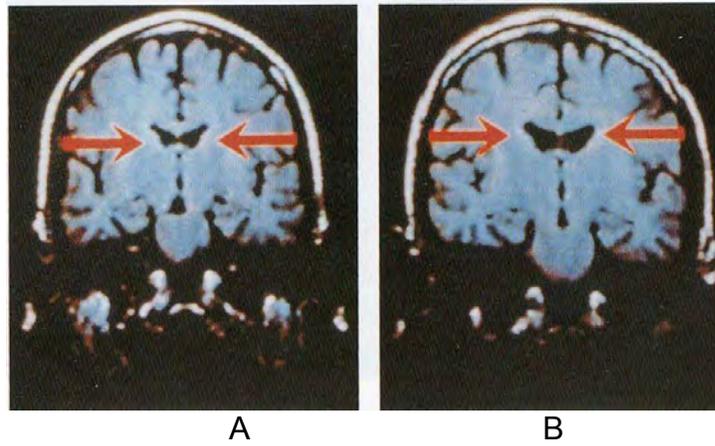
En su modelo teórico de la organización cerebral, Luria distingue tres unidades funcionales básicas:

1. Unidad para regular el tono o estado de alerta: sistema reticular activador. Luria concibe al tallo cerebral y al tálamo como una unidad funcional que mantiene al animal en estado alerta. La función principal de esta estructura es la de activar a diversas partes de la corteza ante señales diversas. Ésta es la función principal del sistema reticular activador ascendente. Por otro lado, las fibras descendentes permiten un control cortical del tallo cerebral, el cual es, entonces, un centro fisiológico para la atención, el muestreo de señales aparentes y la activación de diversas áreas corticales, de manera de optimizar atención y eficiencia cognitivas. Una lesión o disfunción en esta área provoca la pérdida de la selectividad, de la actividad cortical y de la discriminación de los estímulos.
2. Unidad para obtener, procesar y almacenar información; cortezas occipital, temporal y parietal. La corteza occipital recibe experiencias visuales; la

temporal, experiencias auditivas, en tanto que la parietal, sensaciones cutáneas y quinestésicas. Por consiguiente, la operación principal que realiza esta unidad funcional es la recepción, análisis y almacenamiento de información.

3. La tercera unidad funcional incluye los lóbulos frontales y está involucrada en la programación, regulación y verificación de la actividad mental.

Figura 1: Comparación de los ventrículos de los cerebros de dos gemelos idénticos.



En la imagen se muestra cómo los ventrículos del cerebro B se encuentran más grandes debido a que existe mucho espacio porque hay escasas de neuronas, característica de los pacientes con esquizofrenia. Mientras que los ventrículos del cerebro A se encuentran en un tamaño normal (Restak, 2001).

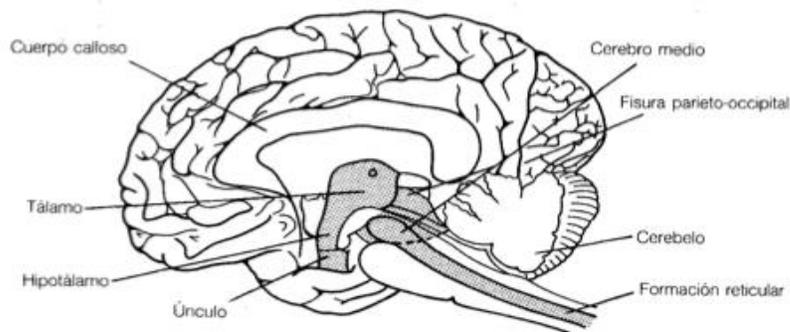
Luria sostiene que en las distintas áreas de la corteza humana pueden distinguirse a su vez, con base en sus diferentes funciones, tres tipos de zonas: primarias, secundarias y terciarias. Las zonas primarias son áreas o regiones específicas de la corteza en la que se proyectan informaciones de los diversos sistemas sensoriales (visual, auditivo y somestésico).

Las áreas secundarias están implicadas en el manejo de parámetros más complejos de la información referente a un sistema sensorial dado. Contienen ciertas conexiones neurales construidas a través de la experiencia, analizan e integran los mensajes aferentes en percepciones y experiencias reconocibles y provistas de significado.

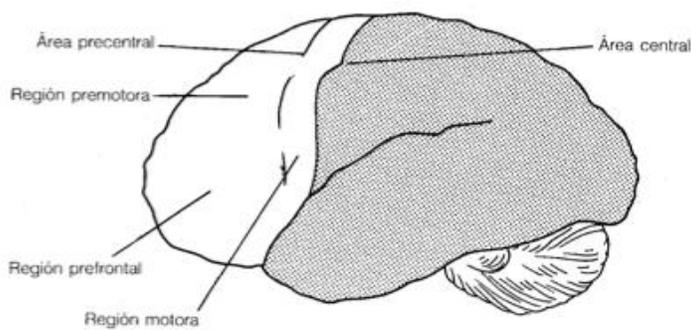
Las zonas corticales terciarias son áreas de cruce de información de los distintos sistemas sensoriales; son la sede de integración multimodal. Estas áreas se sitúan en la región frontal y en la región parietotemporooccipital, y son las más desarrolladas en el hombre. Constituyen uno de los rasgos distintivos del hombre y están implicadas en las formas más complejas de comportamiento.

Figura 2: Sistemas Funcionales

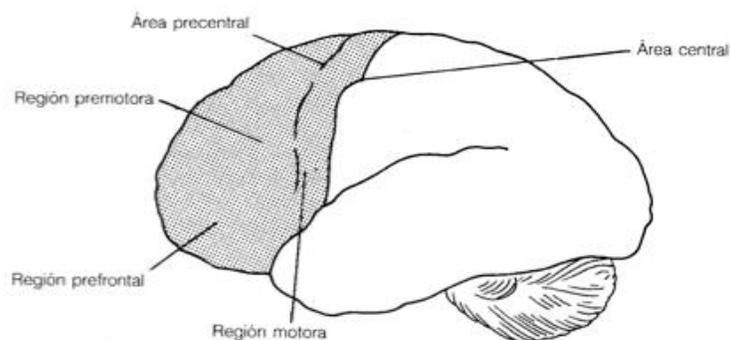
A



B



C



Las tres unidades funcionales del cerebro, según Luria. El primer bloque incluye el tronco cerebral y el sistema reticular activador ascendente regula el nivel de alerta y la respuesta a la estimulación. El segundo bloque incluye las regiones posteriores del cerebro e interviene en el análisis, la codificación y el almacenamiento de información. El tercer bloque incluye los lóbulos frontales y está involucrado en la conducta intencional y en la programación conductual.

Las regiones frontales están involucradas en la inhibición de respuestas inadecuadas y en la planeación, evaluación y organización de conductas que conducen a una meta definida; las anomalías en esta región provocan una reducción en la habilidad para planear y ejecutar acciones, deficiencias en la memoria reciente, alteraciones en la personalidad, impulsividad, bajo nivel de tolerancia a la frustración, falta de iniciativa y espontaneidad, y escasa capacidad de abstracción. Las regiones centrales están relacionadas con la retroalimentación y coordinación del movimiento grueso y fino; las anomalías en esta región, se asocian con problemas en actos motores, que pueden incluir incoordinación motora gruesa, falta de integración visomotora y dificultades para pronunciar palabras multisilábicas.

Por su parte, las regiones temporales se vinculan con el procesamiento de información auditiva verbal, lo cual incluye la representación simbólica del lenguaje. Las anomalías en esta región se asocian con trastornos lingüísticos y deficiencias en la memoria secuencial auditiva. Las regiones parietooccipitales están relacionadas con el procesamiento de información visual, lo cual incluye la decodificación y abstracción de información visual; las anomalías en esta región están vinculadas con problemas para percibir letras y palabras, y reconocer formas visuales.

2.2 Áreas cognoscitivas

Atención y concentración: Los mecanismos neuroanatómicos y neurofisiológicos de la atención están integrados en unidades funcionales que median la activación, concentración y atención selectiva. Los mecanismos que regulan los lapsos o periodos de la vigilia y la concentración. Estos mecanismos están relacionados con la formación reticular. (Ver figura 2 inciso A) Otros mecanismos, también designados como atención selectiva, están más relacionados con la corteza cerebral y determinan la dirección de la atención. Un aspecto de la atención selectiva es la habilidad para dirigir el foco de atención hacia aspectos biológicamente relevantes del espacio sensorial extrapersonal.

Sistemas que participan en la atención

Dentro de ellos, la corteza prefrontal posee tres funciones atencionales: dirección de la atención, atención selectiva y atención sostenida. Con respecto a las funciones cerebrales, el hemisferio izquierdo realiza el control unilateral, mientras que el hemisferio derecho, con control bilateral, regula la alerta cortical manteniendo su estado (Valdizán, 2008).

Memoria: La memoria es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal (Sokolov, 1970). La memoria nos permite almacenar retenemos la información puede variar desde segundos hasta semanas o años. Existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, en la cual el sujeto recibe la información; una fase de almacenamiento o de conservación de la información y una fase de evocación o de recuperación de la huella de memoria.

La corteza prefrontal (CPF) constituye el nivel más elevado en la jerarquía cortical dedicada a la representación y ejecución de acciones y es la región neocortical más evolucionada en primates. Además del control cognitivo, la CPF desempeña un papel crucial en gran número de funciones cerebrales superiores, como el control de la conducta y del afecto. Los elementos celulares clave para la realización de estas funciones son las neuronas piramidales y el proceso básico con el que opera la CPF es la memoria operativa o memoria a corto plazo, proceso esencial para la cognición humana (Puig, Celada y Artigas, 2004).

La memoria a corto plazo se relaciona con la evocación de la información inmediatamente después de su presentación, mientras que la memoria a largo plazo se refiere a la evocación de la información después de un intervalo durante el cual la

atención del paciente se ha enfocado en otras tareas. En la patología se encuentran perfiles diferenciales, por ejemplo, los pacientes alcohólicos con el Síndrome de Korsakoff, muestran una memoria inmediata intacta y severas alteraciones después de un intervalo breve. Por su parte, los pacientes con enfermedad de Alzheimer muestran huellas de memoria muy lábiles y olvidan rápidamente el material que aprendieron. La memoria puede estar relacionada con experiencias personales y relaciones temporales (memoria episódica) o puede involucrar información acerca de los objetos, sus propiedades y sus relaciones (memoria semántica).

Existen también diferencias e las estrategias para codificar la información, la cual puede evocarse en recuerdo libre o a través de claves. En la patología se ha reportado que los pacientes con lesiones dorso laterales frontales son incapaces de retener listas de palabras; sin embargo, cuando se les proporcionan claves semánticas evocan la información sin dificultad. De la evocar la información con claves semánticas, mientras que se ha reportado que pacientes alcohólicos con el Síndrome de Korsakoff se benefician con claves fonológicas en la evocación del material pero no con claves semánticas.

Cuando a sujetos neurológicamente intactos se les pide evocar en forma inmediata una lista de palabras, existe una tendencia a recordar con más facilidad las primeras y últimas palabras de la lista y a olvidar las palabras del centro. Se ha postulado que las primeras palabras de la lista están codificadas en la memoria a largo plazo, mientras que las últimas palabras pueden repetirse fácilmente porque están en la memoria a corto plazo.

Motivación: Es un proceso dinámico interno intrínsecamente humano relacionado con el interés y la voluntad, resultante de la combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos, que en una situación dada decide la iniciación, la dirección,

el vigor de la actuación y la persistencia en encauzar la energía. El sistema dopaminérgico tegmentoventral desempeña un importante papel, junto al hipocampo y el giro cingulado anterior, que mantiene una buena conexión con la corteza frontal y el resto del sistema límbico (Valdizán, 2008).

Lenguaje: Las alteraciones del lenguaje se pueden presentar a consecuencia de lesiones focales causando diversos tipos de afasias (Ardila y Ostrosky-Solís, 1991) o por lesiones difusas. La afasia es una alteración o pérdida del lenguaje debida a una lesión cerebral, y está caracterizada por errores en la producción, alteraciones en la comprensión y dificultad para encontrar las palabras.

Habilidades viso-espaciales: En la práctica neuropsicológica las habilidades viso-espaciales y constructivas se evalúan a través de la copia de dibujos sencillos o complejos o mediante la construcción de figuras tridimensionales. Estas tareas combinan y requieren de actividad perceptual son respuestas motoras y tienen un componente espacial. Dado que la ejecución de estas tareas involucra la interacción de funciones occipitales, frontales y parietales, es frecuente que aún en daños leves o durante procesos degenerativos tempranos se encuentren alteraciones. Uno de los estímulos que más se ha utilizado y validado en la práctica Neuropsicológica es la Figura Compleja del Rey-Osterreith (Osterreith, 1944). Esta figura ha sido utilizada para la evaluación de habilidades constructivas (copia) y para la memoria no verbal (inmediata y diferida).

Funciones ejecutivas: La capacidad de resolver problemas (abstracción y generalización) y las funciones ejecutivas (que incluyen capacidad de planear, secuenciar y organizar información) son términos que se han utilizado para describir las habilidades cognitivas más complejas (Lezak, 1995). Las funciones ejecutivas incluyen procesos como anticipación, selección de una meta y la capacidad de

secuenciar, planear y organizar la conducta. Estas habilidades son necesarias para poder llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y ser un sujeto independiente.

Los lóbulos frontales son los que están involucrados para la ejecución adecuada de estas conductas. Las lesiones en cada una de estas áreas producen alteraciones cognoscitivas y comportamentales distintivas. En el lóbulo frontal, concretamente en el área motora suplementaria, se crea un sistema o centro de convergencia que puede tomar información de la memoria sensorial para generar acciones, y que, a su vez, engloba diversas funciones motoras y sensoriales (Valdizán, 2008).

Lectura, escritura y cálculo: Los desórdenes en el lenguaje oral (afasias) se acompañan de defectos en la habilidad para leer (alexias), escribir (agrafias) y realizar cálculos numéricos (acalculia) (Ardila, Ostrosky-Solís, 2004).

En la evaluación de los procesos atencionales es necesario identificar:

- a) Deficiencias en el nivel de conciencia o estados de activación. El decir que un paciente despierto está alerta, se refiere al hecho de que sus mecanismos de activación más básicos le permiten responder a los estímulos medio ambientales.

Las deficiencias de activación son evidentes durante la entrevista con el paciente y por aletargamiento y por la necesidad de repetir frecuentemente la estimulación para que el paciente responda. El aletargamiento generalmente refleja alteraciones del sistema reticular activador ascendente por causas tóxico-metabólicas o bases estructurales.

- b) La concentración es un término que se refiere a la habilidad para sostener la atención durante periodos prolongados. Esta capacidad es necesaria para poder realizar cualquier tarea intelectual y puede alterarse por causas orgánicas o emocionales.

- c) Hemi-inatención espacial. Las alteraciones unilaterales de la atención, o la hemi-inatención espacial, pueden involucrar atención sensorial unilateral o actividad motora unilateral. Conductualmente los pacientes ignoran los estímulos en el lado contralateral a la lesión y perciben o responden sólo a los estímulos en el espacio biológico que recibe su atención. En la hemi-inatención motora, el paciente no utiliza sus extremidades y puede parecer hemi-parético; se encuentra asociada a lesiones frontales, talámicas y del núcleo estriado. En ambos tipos de hemi-inatención se puede demostrar integridad motora y sensorial si se le dirige la atención al sujeto (Ostrosky, Ardila, Rosselli, 2000).

2.3 Etiología genética de la esquizofrenia y otros daños cerebrales

Los déficits en la actividad cognoscitiva de un paciente, producidos por un accidente cerebrovascular, un tumor cerebral o una enfermedad degenerativa, no son equivalentes.

Los de instalación súbita como son los accidentes vasculares o los traumatismos craneoencefálicos, producen déficits más floridos que los procesos lentos de instalación progresiva. Más aún, el defecto observado en un accidente agudo es el resultado de dos factores diferentes que actúan simultáneamente: 1. El déficit específico debido al daño cerebral local, que alterará todos aquellos procesos que requieren de la actividad del área afectada; y 2. El efecto mucho más global y difuso dependiente de la edematización del cerebro, el efecto conmocional en traumatismos encefálicos y el efecto de diasquisis; este último se refiere al hecho de que una gran región cerebral específica mantiene conexiones amplias con el resto del cerebro, y al destruirse un área particular se produce no sólo el efecto del daño local de esta área, sino que de alguna manera se afectan mucho más extensas que mantienen contactos con tal región.

El primero de estos factores (daño cerebral) es más duradero, en tanto que el

efecto de diasquisis y el edema tienden a retroceder rápidamente con el transcurso del tiempo.

2.3.1 Accidentes cerebrovasculares

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) se refieren a alteraciones en la irrigación sanguínea del cerebro. Tales trastornos adoptan básicamente dos modalidades: obstrucción del flujo sanguíneo y hemorragia, cada una de las cuales puede presentar características relativamente específicas.

La causa más frecuente de la obstrucción de la circulación cerebral es la creación de placas arteroscleróticas en las paredes arteriales. Estas placas pueden obstruir el paso de la sangre, dando origen a una zona isquémica y a un infarto del área irrigada por la arteria correspondiente.

La embolia cerebral es la oclusión de un vaso encefálico a causa de un émbolo, representado por un coágulo sanguíneo, grasa o gaseoso, casi siempre resultante de enfermedades cardíacas o trastornos vasculares extracerebrales. El émbolo obstruye la circulación sanguínea, originando una zona de isquemia y un área consecuente de infarto. Cuando la obstrucción es transitoria y desaparece en un lapso menor de 24 horas, se considera un accidente isquémico transitorio.

Los accidentes isquémicos transitorios pueden anteceder a un accidente mayor, o ir creando zonas múltiples de pequeños infartos, lo que da origen a un cuadro de deterioro en la actividad intelectual del paciente (demencia arterosclerótica o por infartos múltiples).

Por lo común, los accidentes hemorrágicos resultan de la ruptura de un

aneurisma. El paciente presenta cefalea severa, a menudo náuseas, vómito y pérdida de conciencia, después de lo cual se evidencian signos neurológicos focales y signos meníngeos.

La correcta evaluación de los síntomas y signos neuropsicológicos reviste suma importancia en el caso de accidentes cerebrovasculares de diferentes orígenes. Una exploración adecuada permite precisar la región vascular afectada y la extensión y severidad del accidente en cuestión. En la mayoría de las ocasiones un accidente cerebrovascular se manifiesta exclusivamente por cambios en la memoria, en la orientación espacial, el reconocimiento de figuras, etc., aspectos que pueden pasar inadvertidos en un examen médico de rutina.

2.3.2 Traumatismos craneoencefálicos

Lo primero que salta a la vista cuando se trata de pacientes con TCE, es la similitud que existe entre los cuadros consecuentes a traumatismos cerebrales. Debido a la configuración del cráneo, el impacto del golpe generalmente tiende a transmitirse hacia las estructuras de la base del lóbulo frontal y hacia la parte anterior y medial del lóbulo temporal. Es decir, el síndrome postraumático por lo común es similar al que aparece en caso de daño en la base de los lóbulos frontales y hacia la parte anterior y la cara interna de los lóbulos temporales.

Existen diferentes criterios para distinguir o clasificar los TCE; por ejemplo, si hay o no fractura del cráneo, si se trata de un traumatismo abierto o cerrado; si existe sólo el efecto conmocional, el efecto del impacto, de la aceleración y la desaceleración de la masa encefálica o si, por el contrario, hay una lesión traumática del tejido cerebral.

Por lo general, la secuencia que se sigue en un TCA es similar: el paciente sufre

el traumatismo, pierde la conciencia, entra en un estado de coma; posteriormente va saliendo de este estado y se muestra más alerta. Cuando examinamos al paciente lo hallamos confuso, con amnesia retrógrada, una amnesia para los sucesos anteriores al TCE; además presenta una amnesia anterógrada severa: va olvidando todo lo que le ocurre. Nos enfrentamos entonces a un paciente desorientado, que ignora lo que le sucedió, y que se encuentra en un estado confusional al que ulteriormente no recordará.

2.3.3 Tumores Cerebrales

Una proporción importante de los tumores cerebrales se derivan del tejido glial y se conocen como gliomas; en conjunto, representan aproximadamente el 50% de los tumores del sistema nervioso central. Sin embargo, la velocidad de su crecimiento y su malignidad son muy variables.

El glioblastoma multiforme o astrocitoma grado 4 es un tumor infiltrativo de crecimiento muy rápido, que invade el sistema nervioso en el curso de meses y, en consecuencia, implica una supervivencia muy limitada para el paciente. Un astrocitoma grado 1 también infiltra el tejido cerebral, pero su crecimiento más lento permite una supervivencia de varios años. Su resección total depende del grado de diferenciación que el tumor presente. Por el contrario, los oligodendriogliomas son tumores de crecimiento especialmente lento (del orden de varios años), y se considera que cuando comienzan a presentar sintomatología, por lo regular llevan ya algunos años de crecimiento.

Las metástasis, generalmente carcinomas secundarios de los pulmones y en ocasiones de los senos y el aparato digestivo, tienden a tener una velocidad muy alta de desarrollo, y la supervivencia del paciente es limitada, casi siempre menor de un año. En cambio, los meningiomas, crecen con lentitud entre el cráneo y el tejido cerebral, y

debido a que no invaden a este último, permiten su remoción quirúrgica total. Los efectos de su acción se limitan, por lo tanto, a la presión que ejercen en las estructuras cerebrales y a la hipertensión asociada.

2.3.4 Las demencias

La demencia es un síndrome debido a la disfunción de los hemisferios cerebrales, que produce desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional, alterando significativamente la función social y laboral; contrario a la opinión clásica, puede ser reversible o irreversible, según la causa del daño y la oportunidad del tratamiento (Roselli, 1983).

Gurland y Toner (1983) ofrecen tres criterios diagnósticos más simples: 1. La presencia de un trastorno global de las funciones intelectuales; 2. Este deterioro intelectual debe ser gradual y ocurrir únicamente después de haberse logrado una madurez en las funciones cognoscitivas, y debe asociarse además con otros signos demenciales; y 3. El diagnóstico de demencia no puede hacerse exclusivamente sobre la base de una deficiencia cognoscitiva, sino que también requiere un análisis minucioso de la historia clínica del paciente y de las características de instalación del proceso demencial.

Cuando una persona mayor de 65 años presenta cambios intelectuales y comportamentales, se piensa fácilmente en un cuadro demencial. Es conveniente, sin embargo, considerar dos condiciones importantes: el envejecimiento normal y la seudodemencia depresiva, las cuales por presentar cambios similares pueden generar un diagnóstico errado de demencia.

Debemos destacar que muchos de los cambios intelectuales que se observan

durante la senilidad normal son consecuencia de un tiempo de reacción aumentado. El anciano comienza a lentificarse en la toma de decisiones, se le dificulta responder ante nuevas situaciones que impliquen el paso rápido de una estrategia a otra, y la evocación de nombres y detalles se torna difícil. Esta lentificación general, que implica cambios conductuales y cognoscitivos, se incrementa en situaciones de estrés, fatiga y enfermedad; sin embargo, constituye un signo benigno del envejecimiento normal, que no exige tratamiento alguno, ya que si se le da la oportunidad, el individuo puede llevar una vida independiente desde los puntos de vista personal, familiar y laboral.

Por otro lado, el término seudodemencia depresiva se utiliza para describir un síndrome que se asemeja mucho a la demencia en lo que toca al aparente deterioro intelectual, pero que se debe a un trastorno depresivo del afecto.

2.3.5 Otras etiologías

Son varios los agentes que pueden afectar la actividad cerebral conjunta de un paciente, y dar origen a una encefalitis. Entre éstos, vale la pena destacar los casos de hipoxia de diverso origen, que de alguna manera producen un cuadro global de compromiso de las funciones intelectuales.

Cuando se habla de afección global de funciones cognoscitivas, ciertas áreas, como es el caso de la memoria a corto plazo, tienden a ser más sensibles y su afección más fácilmente reconocible. Algo similar sucede con lo que podríamos denominar nivel de integridad conductual del paciente; no es infrecuente entonces la aparición de comportamientos un tanto pueriles. Todas las tareas que requieren de la utilización de conceptos complejos, abstracción elaborada, etc., son también aspectos altamente sensibles al deterioro. Lo que detectaremos en una evaluación neuropsicológica será una alteración global de las funciones intelectuales, aunque algunos aspectos sean más susceptibles a la afección y más inmediatamente reconocibles.

Capítulo 3

La importancia científica de los datos experimentales

Para evaluar la fiabilidad y generalidad de los datos, suele ser importante conocer los objetivos del experimentador. Al evaluar la importancia de los resultados experimentales, a menudo la ciencia hace caso omiso de los razonamientos del investigador y encuentra para los datos obtenidos un contexto más apropiado que el propuesto por él (Sidman, 1975).

3.1 Experimentos realizados para evaluar hipótesis

En Psicología, la escuela de experimentación que defiende la comprobación de hipótesis es, a no dudar, la actualmente dominante, y muchos de aquellos que organizan la investigación en este sentido han hecho importantes aportaciones.

Toda experimentación debe derivarse de la comprobación de hipótesis, puesto que este enfoque puede indicar también una incapacidad para separar los datos del propósito con que los obtiene el que experimenta.

Las hipótesis pueden formularse a muchos niveles y, mientras que la psicología de la formulación de hipótesis no está muy avanzada, la filosofía de la elaboración de teorías es una disciplina muy trillada.

Cuando los razonamientos que encadenan la hipótesis con los datos es débil, continuar recopilando datos puede resultar totalmente inconsistente en relación con los hallazgos originales.

Las hipótesis que, en general comprueba el psicólogo no suelen ser tan ingenuas y simplistas como la que acabo de describir. Consisten en ocasiones en una elaborada serie de supuestos que tienen que ver a la vez con la conducta del organismo y con las técnicas empleadas para medirla.

Los experimentos que comprueban el grado de adecuación de modelos matemáticos así como otros tipos de teorías deductivas proporcionan un gran prestigio a su autor, y su importancia suele darse por sabida. La importancia de los datos no se ve afectada por el grado de refinamiento de las hipótesis que pueden haber dado lugar a los experimentos.

3.2 Experimentos efectuados para satisfacer la curiosidad del investigador acerca de la naturaleza

La curiosidad científica difiere de la curiosidad vulgar: la primera se preocupa por los métodos utilizados para hallar respuestas a las preguntas. La curiosidad científica no queda satisfecha con la mera observación de que siempre hay flores presentes cuando las abejas se reúnen ni de que las flores tengan polen. La única manera de averiguar cuál de entre todas las posibilidades resulta ser la verdadera es a través de una observación controlada y del experimento (Sidman, 1975).

Otra diferencia entre la curiosidad cotidiana y la científica reside en las consecuencias que tienen las respuestas a las preguntas iniciales. La curiosidad vulgar se verá satisfecha una vez que haya obtenido una respuesta directa a la primera pregunta formulada. Por el contrario, la curiosidad científica se caracteriza por una reacción en cadena, puesto que en vez de apaciguarla, la respuesta a una pregunta aun incita más la curiosidad que la provocó.

La curiosidad puede estar guiada por hipótesis y teorías, pero la historia de la ciencia revela que muchos descubrimientos importantes han resultado de un planteo.

Al comprobar una hipótesis en la cual cree, un científico solamente se sorprende si los datos que obtiene desmienten su suposición, o bien si, siendo hostil a la hipótesis, su experimento la confirma. Por el contrario, cuando un investigador no experimenta para comprobar ninguna hipótesis, su vida esta llena de sorpresas.

Sidman (1975), nos menciona que con frecuencia hacemos conjeturas acerca del resultado de nuestros experimentos, pero también suele ocurrir que el experimento sea planeado y se empiece a efectuar antes de formular conjetura alguna, puesto que el experimento se lleva a cabo con fines muy distintos del de comprobar una hipótesis. Tales experimentos si cumplen adecuadamente con los criterios de fiabilidad y generalidad, nunca obtienen resultados negativos. Los resultados solo pueden ser negativos si los referimos a una predicción, pero cuando simplemente se hace una pregunta a la naturaleza, la respuesta es siempre positiva. Incluso una manipulación experimental que no produzca ningún cambio en la variable dependiente puede proporcionarnos información útil y a menudo importante.

Los teóricos de la ciencia tienden a menospreciar en ocasiones la importancia de experimentos llevados a cabo con el mero fin de satisfacer la curiosidad del investigador y creen justificar este enjuiciamiento arguyendo que los experimentos sin una orientación teórica definida, únicamente conducen a una colección desordenada de hechos inconexos entre sí y no a un cuerpo de conocimientos sistemático del tipo que la ciencia persigue. Si ello fuera cierto, representaría sin duda una seria crítica, puesto que la ciencia no consiste en simples catálogos de hechos ni muestras de información inconexas. Las observaciones experimentales deben de ser ordenadas de algún modo antes de poder decir que contribuyen a una ciencia de la conducta.

Aquellos que abogan por el enfoque que coloca los datos antes que la teoría suelen argüir que los datos de que se dispone no son todavía lo suficientemente completos como para que den lugar a una teoría que merezca la pena (Sidman, 1975).

El objetivo de dicho estudio es demostrar que los talleres que se imparten en AFAPE, ayudan a los sujetos a obtener una mejoría en los distintos procesos cognitivos que se encuentran deteriorados por la misma enfermedad (Esquizofrenia), esto se puede observar en la aplicación de las 3 pruebas, una al inicio que fue el Bender, el Minimental de manera intermedia y el Neuropsi Breve para la parte final

Se espera que el presente estudio aporte información relevante al tema de la rehabilitación en pacientes con Esquizofrenia. Dicha rehabilitación mediante talleres impartidos para fomentar el desarrollo cognitivo de los sujetos.

Metodología

El presente estudio se realizó en AFAPE (Asociación de familiares y amigos de pacientes esquizofrénicos), la cual es una asociación civil con interés en la esquizofrenia, donde promueve diversas acciones para la atención, medicación, rehabilitación y reinserción social en beneficio del paciente y su familia. Cabe destacar, que es el único centro dentro del Distrito Federal que se dedica a tratar exclusivamente esta enfermedad.

Dentro de la asociación, existe una población aproximada de 50 sujetos, de la cual se tomó una muestra de 15 personas, sin embargo, debido a diversas circunstancias como falta de interés por acudir a AFAPE o la incursión en un trabajo fue que sólo se terminó trabajando con 9 pacientes.

En primera instancia, se les pidió a cada uno su consentimiento para participar en la investigación. A dichos individuos se les aplicó tres pruebas psicológicas, se inició con el Bender, de manera intermedia se aplicó el Minimental y para finalizar el Neuropsi Breve. Esto se hizo en las instalaciones de AFAPE, en los horarios en los que ellos acudían a sus talleres, que por lo general, era por las mañanas.

El material empleado para dichas pruebas fue:

1. Hojas blancas
2. Lápiz
3. Goma

Como comenté en párrafos anteriores se emplearon tres pruebas: Bender, Minimental, Neuropsi Breve.

El Test de Bender fue construido por Lauretta Bender con el fin de medir:

- a. Determinación del nivel de maduración de los niños y adultos deficientes.
- b. Examen de la patología mental infantil: demencias, oligofrenia, neurosis.
- c. Examen de la patología mental en adultos: retrasados globales de la maduración, incapacidades verbales específicas, disociación, desórdenes de la impulsión, perceptuales y confusionales. Estudio de la afasia, de las demencias paralíticas, alcoholismo, síndromes postraumáticos, psicosis maníaco-depresivas, esquizofrenia.

La prueba consiste en mostrarle al individuo 9 tarjetas con una figura distinta cada una, con el fin de que la reproduzca teniendo el modelo a la vista.

El Test Minimental fue diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Consiste en hacerle diversas preguntas al individuo para evaluar el nivel de deterioro cognitivo que presenta.

El Neuropsi Breve tiene como objetivo el poder contar con índices confiables que permitan hacer un diagnóstico temprano y predictivo de alteraciones cognoscitivas, incluye orientación tiempo, persona y espacio, atención y activación, memoria, lenguaje oral, escrito, aspectos viso-espaciales y viso-perceptuales y funciones ejecutivas.

La prueba consiste en hacerle diversas preguntas al individuo y que elabore ciertos dibujos, con el fin de evaluar los distintos ítems que se mencionaron con anterioridad.

Se empleó el diseño longitudinal y de reversión A-B-A, clasificándolo de la siguiente manera:

A: Test de Bender

B: Test Minimental

A: Neuropsi Breve

El orden fue de esta forma debido a lo que queríamos observar en dicho estudio.

Al inicio de la aplicación de las pruebas psicológicas, se elaboró una historia clínica mediante una entrevista que se le hizo a cada paciente para conocer algunos datos del mismo, como edad, estudios y medicamentos, sólo información relevante para llevar a cabo el estudio.

Las pruebas psicológicas que se emplearon evalúan distintos procesos cognitivos como memoria, atención, concentración, orientación en tiempo y espacio, entre otras, dichos procesos son los que se encuentran deteriorados debido a la Esquizofrenia y estas pruebas fueron elegidas por las escalas que evalúan y por la confiabilidad que representan. Si nos remontamos a los objetivos de cada instrumento, podremos darnos cuenta que su fin es calificar algunos de estos procesos y en conjunto, evalúan todos.

Como bien sabemos, todas las pruebas psicológicas tienen un nivel de confiabilidad, los instrumentos que se emplearon en este estudio también cuentan con uno. Así mismo, para obtener resultados verídicos, se siguen las instrucciones tal y como se marcan, al igual que la calificación de cada prueba para así obtener resultados acertados de cada paciente.

En la investigación, se inicio con una población de 15 sujetos, finalizando así con 9 individuos, los cuales realizaron las tres pruebas destinadas para la investigación. El motivo del abandono se debió a la falta de interés por acudir a AFAPE (Asociación de familiares y amigos de pacientes esquizofrénicos) o al encuentro de un empleo que les ayudaría a solventar sus gastos de medicamentos y consultas médicas.

En ciertas ítems de las pruebas, algunos pacientes llegaban a sentir fatiga, tal vez, debido a la medicación, sin embargo, no fue impedimento para que finalizaran la prueba, pudiendo completar en el tiempo estimado el instrumento.

Justificación

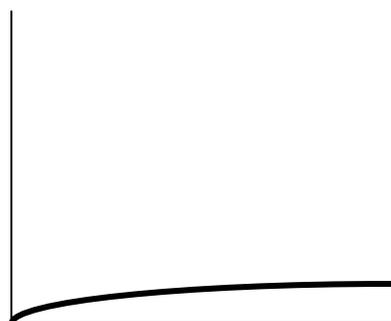
En un inicio se pretendía hacer un estudio o una investigación del por qué, en la actualidad, así como en épocas remotas, las enfermedades mentales, en específico, la esquizofrenia, causaban tanto temor y por qué debía excluírseles si a pesar de su patología podían llevar una vida relativamente normal, con sus limitaciones, pero realizando actividades de la vida cotidiana.

Finalmente, se decidió aplicar tres pruebas psicológicas que nos ayudaran a determinar qué tanto les podría beneficiar (en aspectos cognitivos), a los pacientes con esquizofrenia el acudir a diversos talleres como joyería, pintura, música, entre otros. Se brindó la oportunidad de realizar dicha investigación en una asociación que atiende únicamente a personas diagnosticadas con esta enfermedad, lo cual era aún más interesante ya que no tendríamos que hacer un filtro de entre otros padecimientos y la atención sería específica para la esquizofrenia.

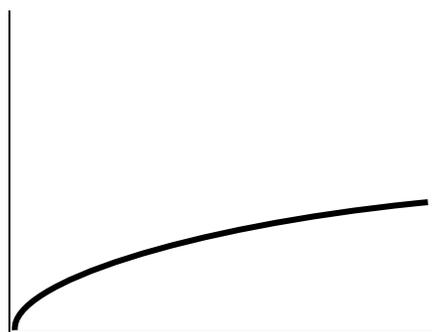
Así mismo, el fin de esta presente tesis es concientizar a la población acerca de la importancia de mantenernos informados con respecto a este tema, ya que suelen hablarnos de esta enfermedad y lo primero en que pensamos es en un "loco" que va a agredir a la gente y que se encuentra recluido en un psiquiátrico, obviamente todos estos datos nos lo han hecho ver los medios de comunicación y la ignorancia en la que vivimos. Creo importante darnos una oportunidad en averiguar un poco más acerca de las enfermedades mentales y permitirnos tener otra opinión, no quedarnos con la información que nos vende la televisión porque estaríamos cayendo en lo mismo que hace algunos años, en específico edad media, donde creían que la esquizofrenia era una posesión demoniaca.

Resultados

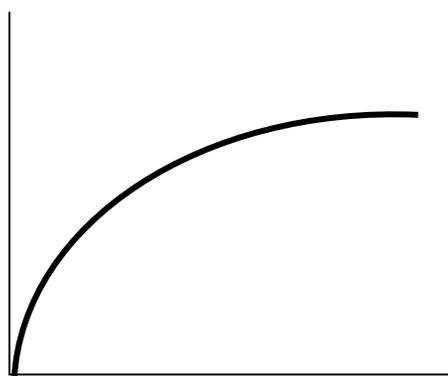
Para el cálculo de los datos, se empleó el programa SPSS, donde la primera prueba fue el Bender, posteriormente se aplicó el Minimental y finalmente el Neuropsi Breve. Se observaron cambios significativos entre las pruebas Bender y Neuropsi Breve, quedando como el antes y el después del tratamiento.



Bender (Antes)



Minimental

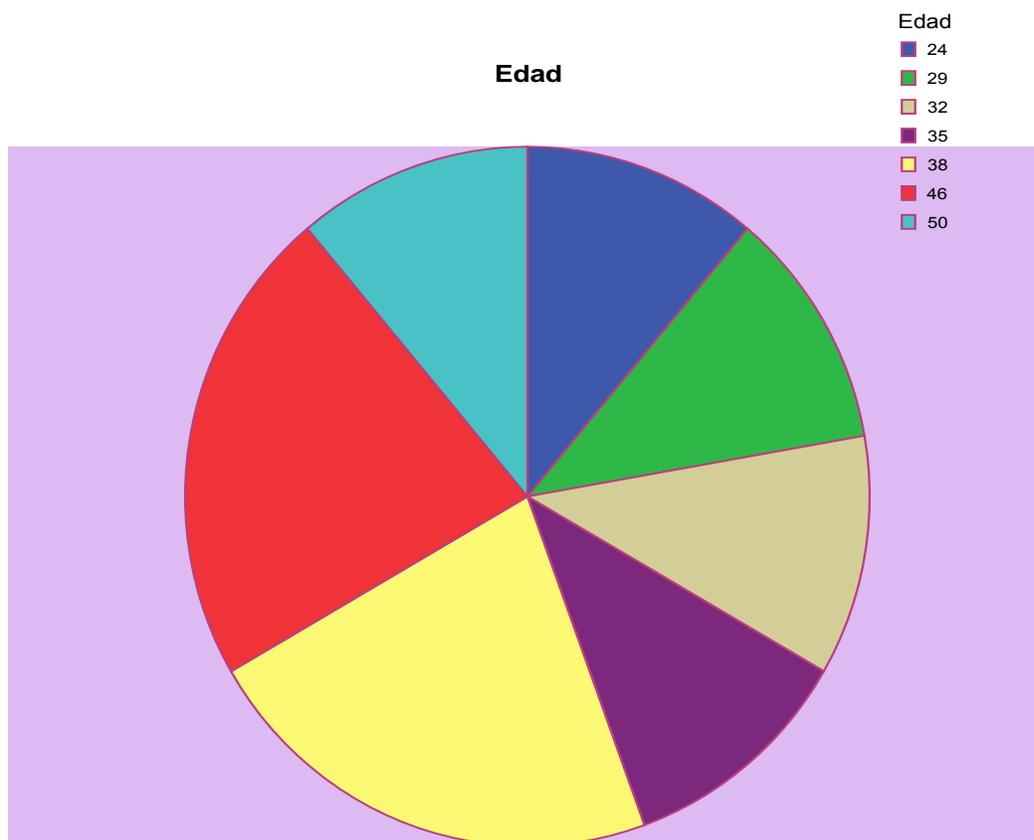


Neuropsi Breve (Después)

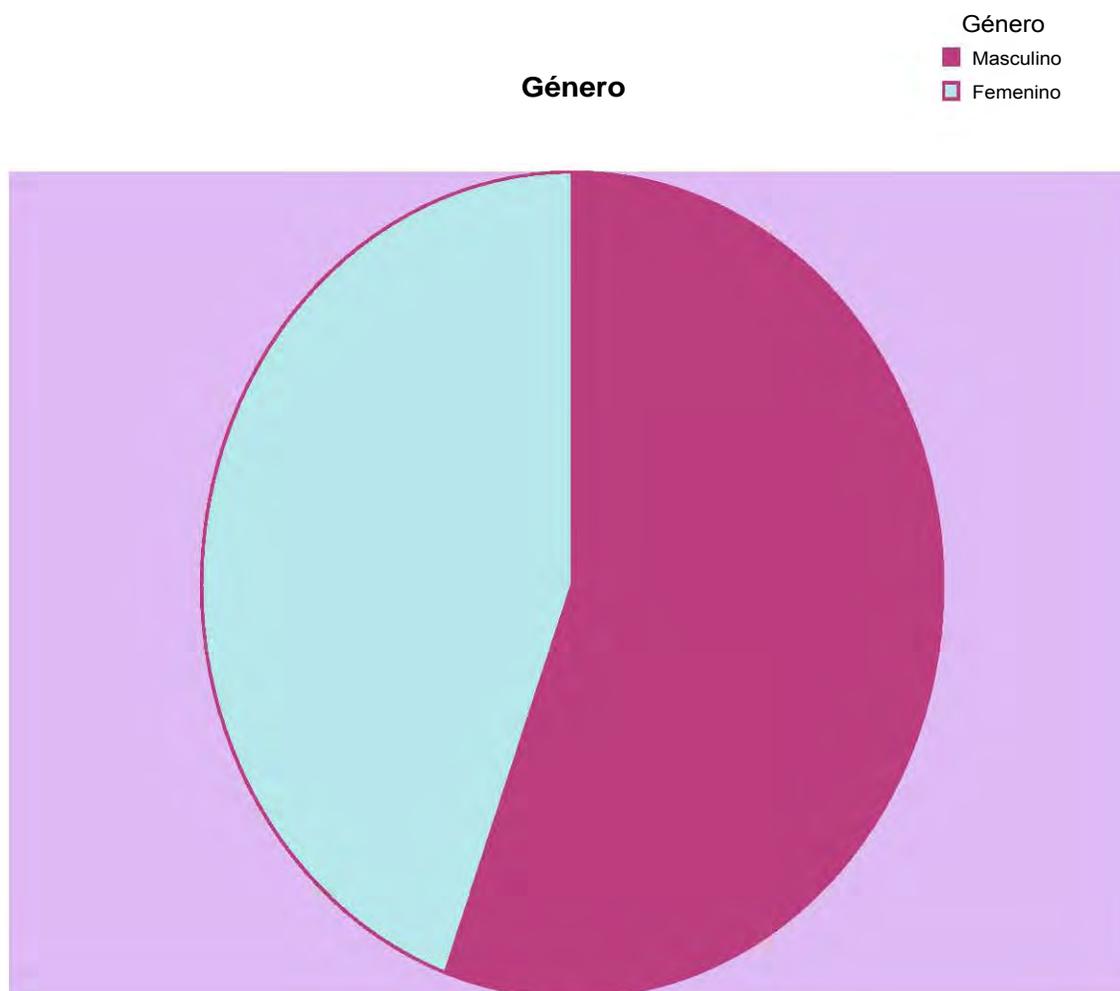
Así mismo, se elaboraron 11 gráficas de barras, de edad, género, diagnóstico, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios, medicamentos, reacción secundaria, edad de inicio, tiempo viniendo a AFAPE y estado actual y fue la manera más adecuada para saber el nivel de compatibilidad que existe entre los sujetos evaluados.

A continuación se presentan detalladamente las gráficas:

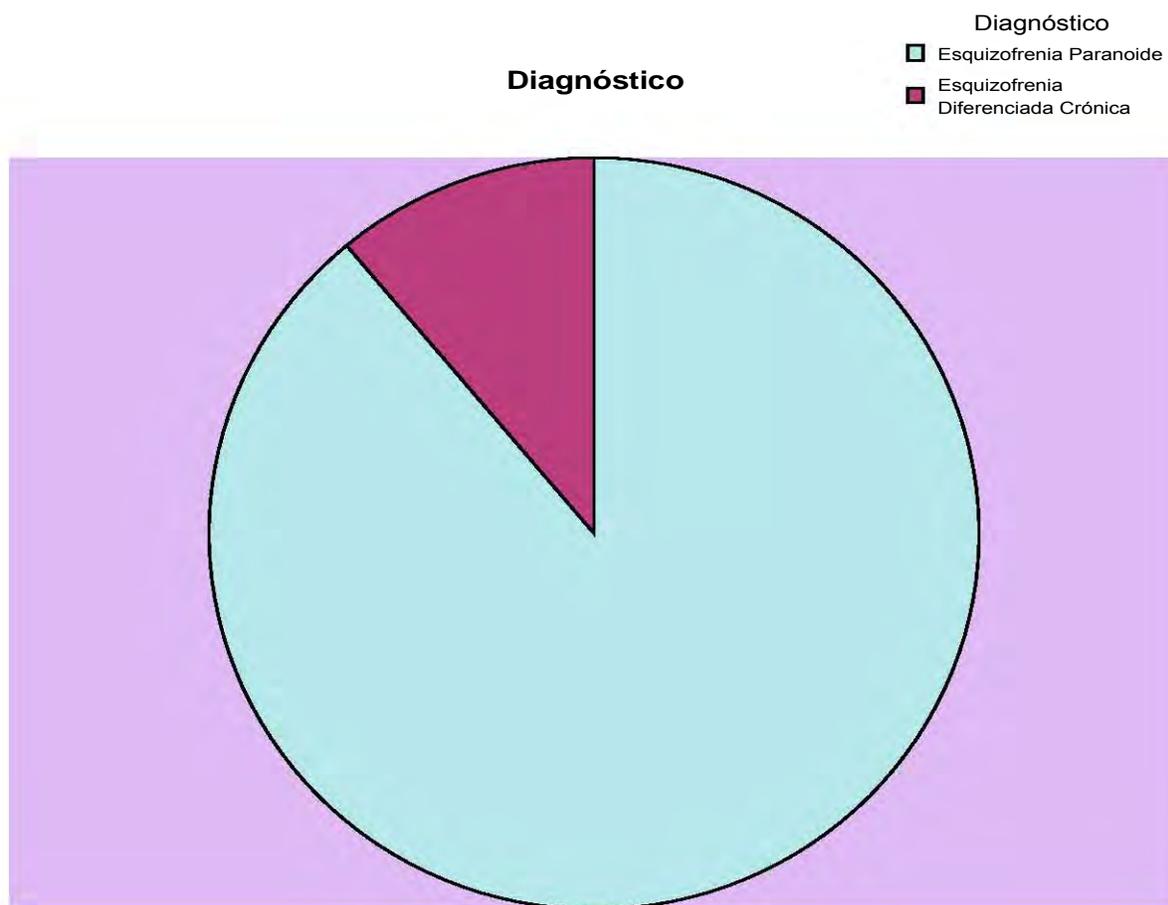
Gráfica 1. Edad. Edad que tenían los individuos, oscilaba entre los 24 y 50 años de edad.



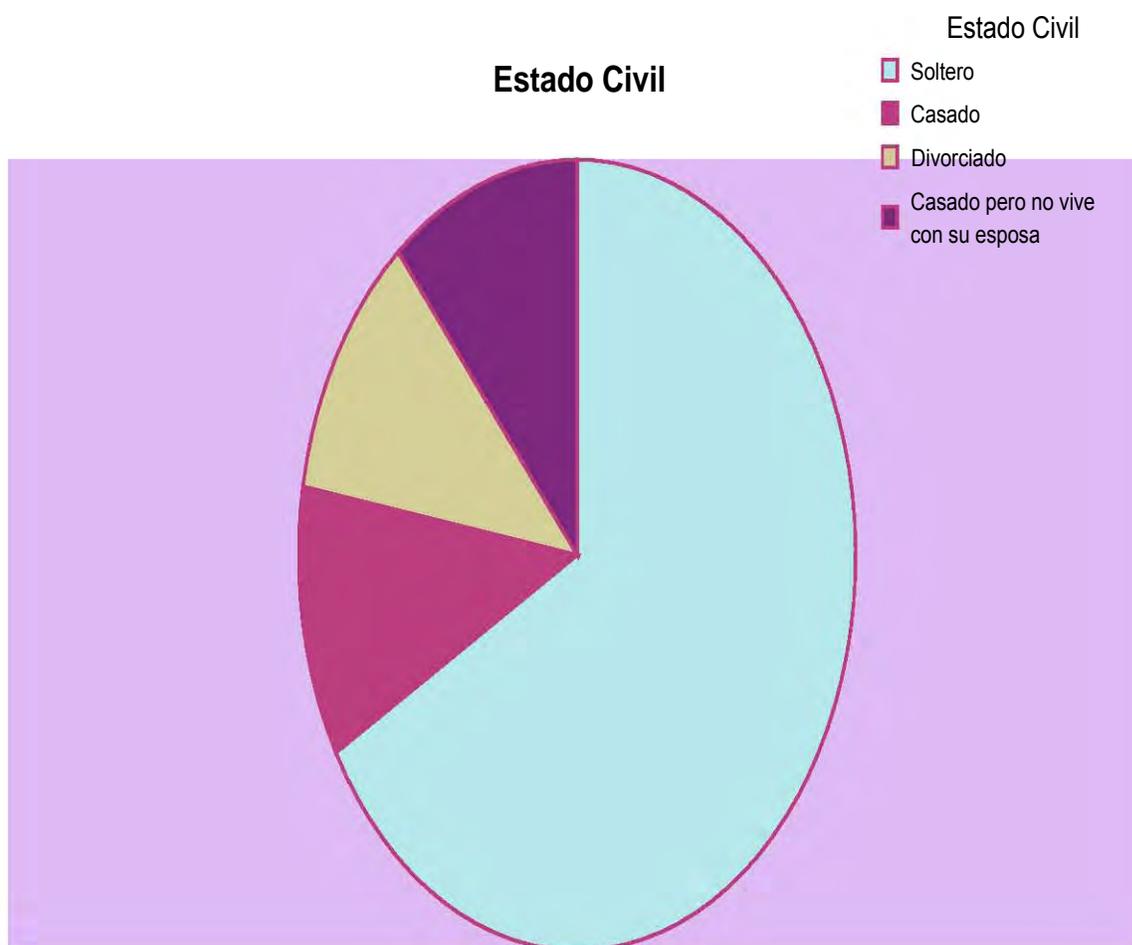
Gráfica 2. Género. El sexo que más predominó en el estudio fue el masculino.



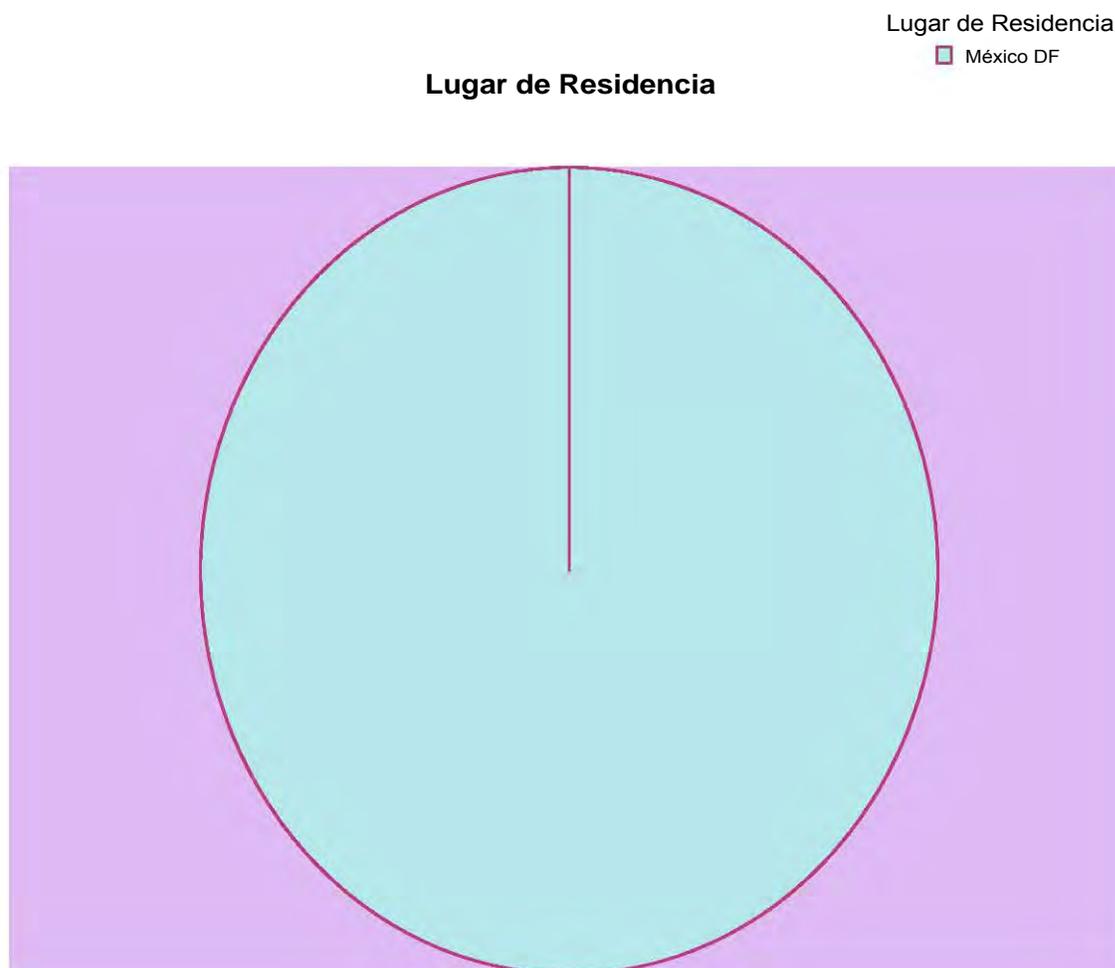
Gráfica 3. Diagnóstico. La mayoría contaba con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.



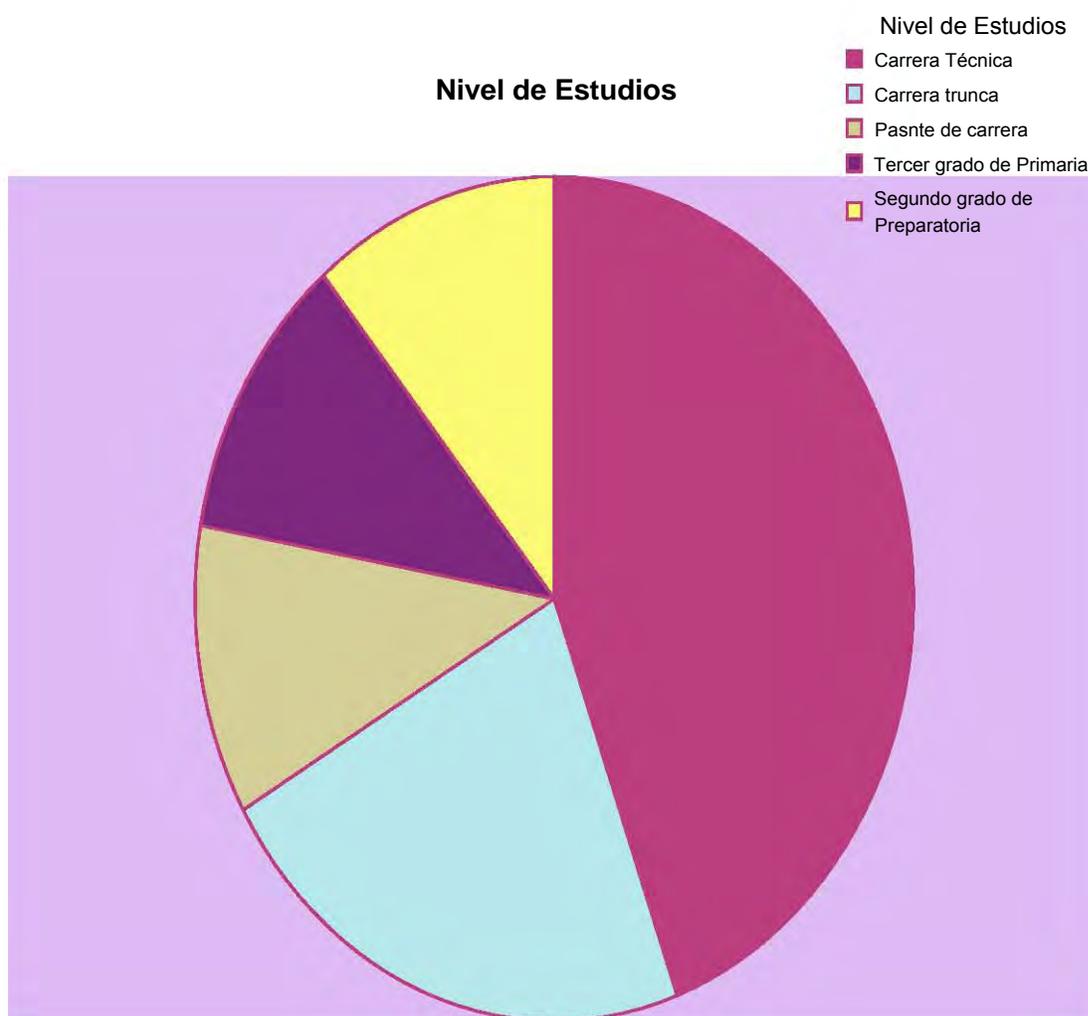
Gráfica 4. Estado Civil. La mayoría de los examinados se encontraban solteros.



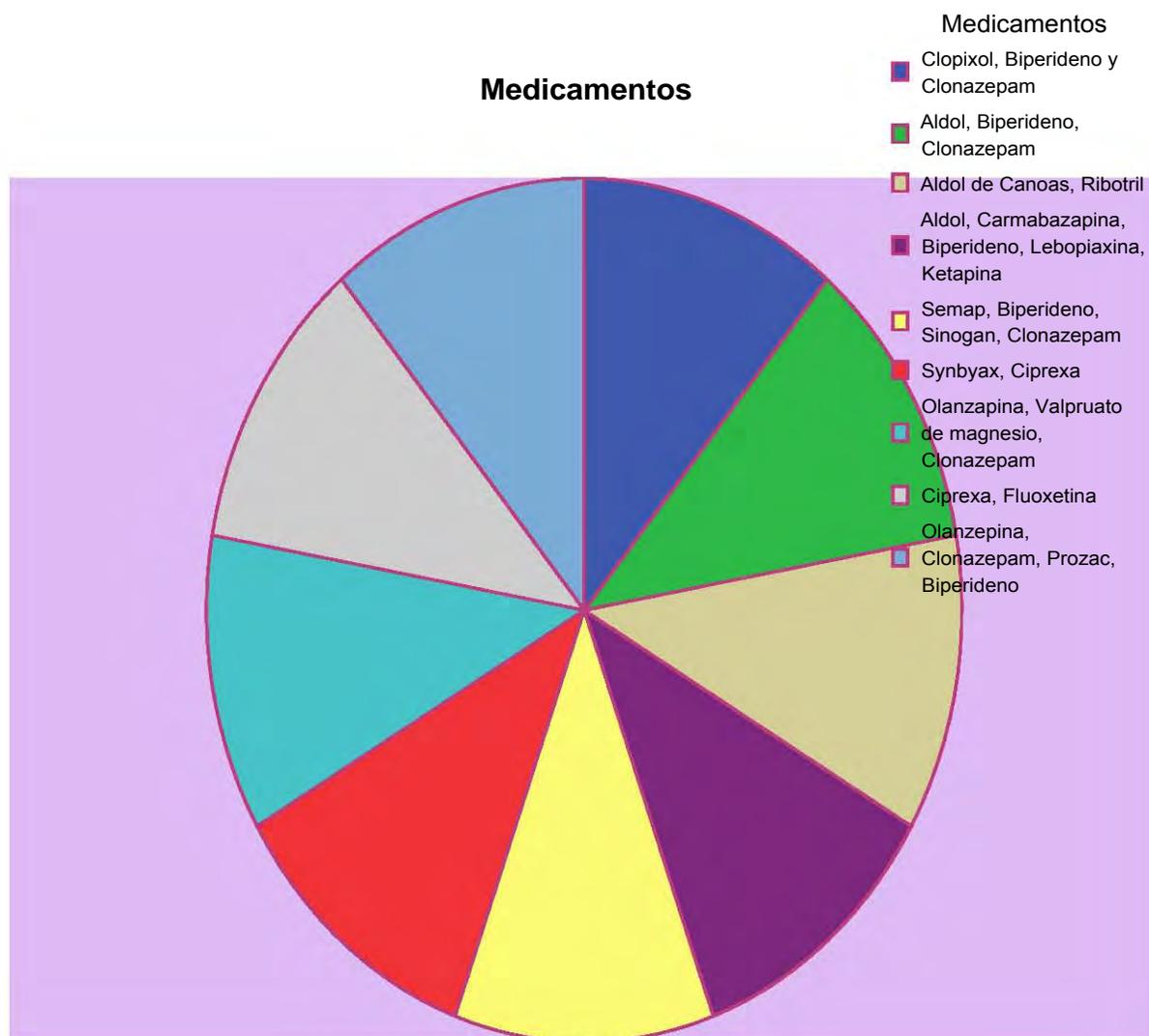
Gráfica 5. Lugar de residencia. Todos los sujetos habitan en el Distrito Federal.



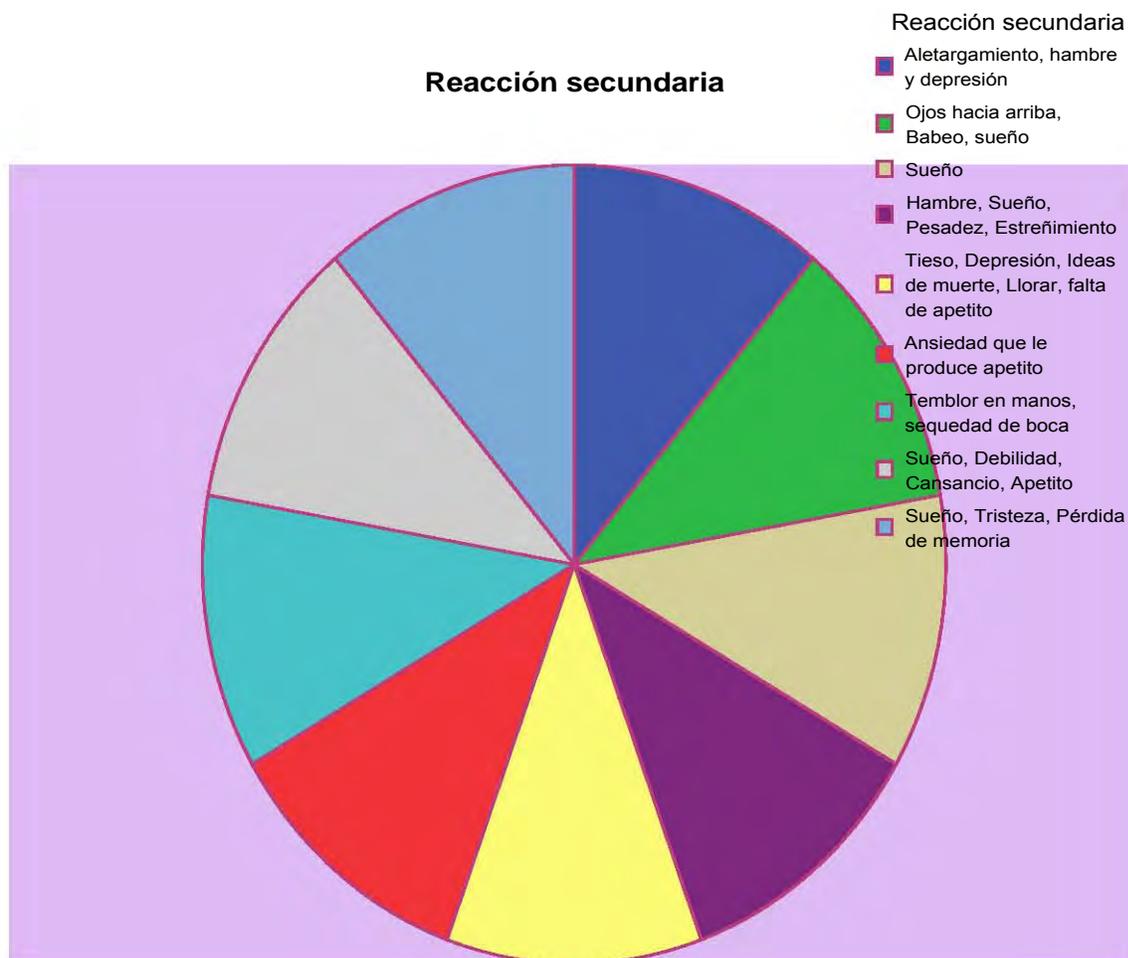
Gráfica 6. Nivel de estudios. La mayoría de los sujetos cuenta con carrera técnica.



Gráfica 7. Medicamentos. Los pacientes se encontraban medicados con diversos tratamientos farmacológicos.



Gráfica 8. Reacción secundaria. Eran variables, iba desde el aletargamiento hasta la pérdida de la memoria.



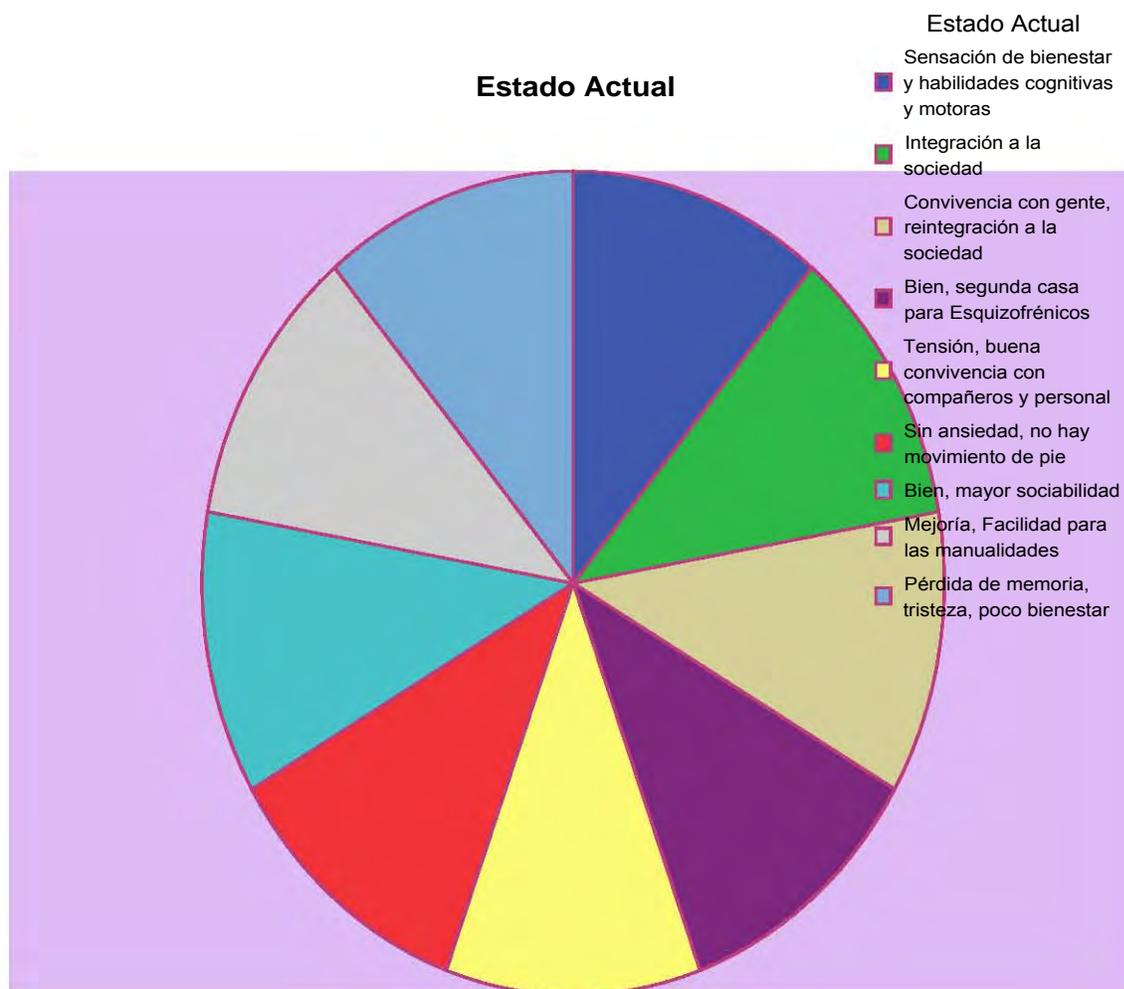
Gráfica 9. Edad de inicio. Predomina el inicio en la juventud



Gráfica 10. Tiempo viniendo a Afape. La mayoría de los examinados llevaba acudiendo a Afape 2 meses aproximadamente.



Gráfica 11. Estado actual. La mayoría de los individuos presenta estados de ánimo favorables.



Conclusiones

En este apartado se hará un recuento del estudio, se inició la investigación en AFAPE, un lugar donde les permiten a sujetos diagnosticados con esquizofrenia tomar diversos talleres cognitivos que les ayudan a desarrollar habilidades que en un futuro les permitirán encontrar un empleo y puedan sustentarse por sí mismos.

En Afape el fin de los talleres cognitivos es proporcionarles una actividad para que ellos puedan solventarse posteriormente solos. Mi fin era para ver qué ayuda en procesos cognitivos había para ellos, por medio de 3 pruebas

Se aplicaron 3 pruebas psicológicas, Bender, Minimental y Neuropsi Breve, en ese orden, para evaluar sus capacidades cognitivas y qué tan deterioradas se encontraban por el mismo padecimiento, así mismo, para conocer la mejoría que les proporcionaban los talleres. Esto fue evidente, mostraron restablecimiento de un principio hasta el final del estudio. Posteriormente, se realizó el análisis de los resultados por medio del programa SPSS, lo cual arrojó resultados favorecedores para la investigación. Si hacemos un análisis detallado de esto, nos daremos cuenta que generalmente es poco probable que los sujetos presenten un progreso ya que sus capacidades cognitivas se encuentran un tanto deterioradas por la enfermedad, sin embargo, en este estudio demostramos lo contrario, el acudir a los talleres que se imparten en AFAPE y obviamente bajo el tratamiento farmacológico, pueden llegar a presentar buen desarrollo en estas áreas.

Existe mucha similitud en cuanto al pensamiento que tenían nuestros antecesores, lo cual se trata de relacionar con el presente estudio para poder entender un poco más acerca de este padecimiento.

En el presente estudio se comenzó a evaluar a 15 pacientes, de los cuales sólo 9 concluyeron la investigación, ya que los demás lo abandonaron debido a diversos motivos, entre ellos trabajo y falta de interés en acudir a AFAPE (Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos), A estos 9 individuos se les aplicó tres pruebas psicológicas: Bender, Minimental y Neuropsi Breve.

Se pudo observar durante el tiempo que se realizó el estudio, que los pacientes que predominaban, o más bien, el tipo de esquizofrenia que era más común encontrar en AFAPE, era el tipo paranoide, como bien lo describe Kraepelin. Los sujetos analizados ya contaban con un diagnóstico, sobre el cual nos basamos, sin embargo, algo en lo que difiero con él es en que los enfermos mentales debían estar alejados de la sociedad debido a que debían ser tratados de una manera autoritaria.

Con respecto a las características que poseen las personas con esquizofrenia, podemos coincidir con Bleuler en que escuchan voces imaginarias, alucinaciones visuales y corporales, hecho que los mismos pacientes comentaron durante la entrevista que entablé con cada uno de ellos de manera individual al inicio del presente estudio. Generalmente, la edad de inicio de la enfermedad era durante la adolescencia, comenzaban con comportamientos violentos y el escuchar voces que les decían cómo actuar.

Si nos remontamos a lo que Sullivan infirió acerca de la esquizofrenia, podemos coincidir con él en que es una enfermedad, la cual puede ser tratada por medio terapéuticos, hecho que corroboramos en esta investigación, ya que se estudiaron medios de terapia ocupacional, como distintos talleres en donde les enseñaban distintas técnicas y oficios para poder valerse por sí mismos en un futuro.

Así mismo, la primera edición del DSM clasifica la esquizofrenia en simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo, indiferenciado, crónico indiferenciado, esquizoafectivo, infantil y residual, sin embargo, en mi experiencia en la AFAPE trabajé con pacientes que estaban diagnosticados con esquizofrenia paranoide y un solo caso de tipo indiferenciado, lo cual concordaba con mis objetivos, que era realizar mi investigación con sujetos diagnosticados en específico con este tipo de padecimiento. Así mismo, las características o síntomas que pude observar en los examinados, o mejor dicho, que manifestaban, eran alucinaciones auditivas más que de otro tipo, escuchaban voces que les decían qué hacer y cómo actuar en determinado momento, hecho mismo que explica el DSM-IV. Nos hacen mención de este tipo de síntomas que suelen presentar los sujetos diagnosticados con esquizofrenia. Nos hablan de síntomas positivos y negativos, acerca de los primeros, son un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos reflejan una disminución o pérdida de estos mismos. Aquí mismo, nos mencionan del pensamiento y el lenguaje desorganizado, que consiste en "perder el hilo", saltando de un tema a otro. En mi experiencia, no observé estas características en los pacientes, ellos platicaban y respondían a las preguntas que les hacía en relación a las pruebas aplicadas, en torno a la entrevista y en las conversaciones que mantuvimos durante mi investigación.

Hablando acerca de la evaluación del funcionamiento cognoscitivo, como nos lo menciona el Manual del Neuropsi Breve, es necesario para determinar distintas alteraciones en estas áreas, sin embargo, podrían no ser tan obvias y sólo percatarnos por medio de pruebas psicológicas, como ocurrió en mi caso, en específico, el primer test empleado fue el Bender, que como se sabe, evalúa algún daño orgánico en el individuo. No se observaron fluctuaciones significativas en los examinados, realmente su puntuación fue alta en la mayoría de los casos, con sus excepciones, pero en general podríamos hablar de un bajo deterioro en estas áreas a pesar del padecimiento que presentan, que algunas ocasiones puede verse como degenerativo.

Ahora si nos enfocamos a procesos como la memoria y la atención, podríamos observar que en estos dos apartados si hubo ciertas alteraciones, algunos de los sujetos solían distraerse con facilidad o no prestar la atención necesaria al dársele las indicaciones con respecto al trabajo que en ese momento se iba a realizar, así mismo, ocurrió con la memoria, les costaba trabajo recordar ciertas instrucciones, sin embargo, podríamos justificarlo mediante el uso de medicamentos que en sus reacciones secundarias producían una disminución en la memoria a corto plazo.

Cambiando de procesos cognoscitivos, nos encontramos que la evaluación, planeación y organización de conductas que te llevan a una objetivo en específico, no siempre están presentes en los pacientes con esquizofrenia, ya que son personas que se les dificulta llevar a cabo estos procesos.

De acuerdo a los tratamientos aquí mencionados, ninguno de ellos se empleó en los examinados ya que el objetivo de dicha investigación era emplear valoraciones psicológicas para determinar qué tanto les favorecían o los limitaba los talleres impartidos en AFAPE, lo cual, nos arrojó resultados favorables ya que hubo ciertos cambios significativos, sobretodo, en el Bender y en el Neuropsi Breve.

Para concluir, podemos decir, que los tratamientos o rehabilitación del paciente esquizofrénico que aquí se hacen mención, son una manera de mostrar que el paciente por medio de estas actividades puede encontrar mejoría y son un claro ejemplo de que si la familia apoya en su totalidad al familiar, podría existir una reinserción al mundo tanto laboral como socialmente.

Los talleres cognitivos implementados en AFAPE eran muy variados, existía la joyería, música, computación, inglés, pintura, entre otros, además de contar con terapias grupales que les eran de gran ayuda a los pacientes para poder expresar su

sentir con respecto a algún tema en específico o simplemente la terapia individual para tratar algún problema pero de forma personalizada. Se pudo comprobar que estos talleres cognitivos les fueron de ayuda porque les permitía interactuar entre ellos mismos, elaborar cosas que al final vendían en bazares y de ahí obtener ciertos ingresos para su manutención.

Referencias Bibliográficas

Arieti, S, (1965) Interpretación de la Esquizofrenia, España: Labor.

Heuyer, G. (1977) La esquizofrenia, España: Planeta.

DSM-IV (1996) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, España: Masson.

Ardila, A; Ostrosky, F. (2004) Diagnóstico del daño cerebral, México: Trillas.

Ostrosky, F; Ardila, A; Rosselli, M. (2000) Neuropsi. Evaluación neuropsicológica breve en español. México: Hartcourt.

Read, J; Mosher, L. y Bentall, R. (2006) Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia. España, Herder.

Carol, A; Reiss, D. y Hagarty, G. (2001) Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación. Argentina: Amorrortu Editores.

Kuipers, E; Leff, J. y Lam, D. (2004) Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias. España: Paidós.

Sidman, M. (1975) Tácticas de investigación científica: Evaluación de datos experimentales en psicología. México: Kapeluz.

Lacks, P. (1984) Bender Gestalt Screening for brain dysfunction. New York: John Wiley and Sons.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. y Fanjiang, G. (1975, 1998, 2001) – Adaptación Mexicana: Becerril, V. (2008) Examen Cognoscitivo Mini-Mental, TEA Ediciones,

Cuevas-Esteban J., Campayo A. Gutiérrez-Galve L., Gracia-García P., López-Antón R., Fundamentos y hallazgos de la neuroimagen en la esquizofrenia: una actualización. Rev Neurol 2011; 52: 27-36.

Puig, M.V; Celada, P; Artigas, F. (2004) Control serotoninérgico de la corteza prefrontal.

Rev Neurol 39 (6): 539-547.

Valdizán, J. R. Funciones cognitivas y redes neuronales del cerebro social. Rev Neurol 2008; 46 (Supl 1): S65-S68.

Hothersall, D. (2003) Historia de la Psicología, McGraw-Hill, Estados Unidos, tercera edición.

Moreno, E. (2011) Esquizofrenia, (artículo) www.psicologia-online.com

Birchwood, M; Tarrier, N. (1995) El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. España: Ariel.

Cameron, A. (2007) Desarrollo de la personalidad y psicopatología: un enfoque dinámico, México: Trillas.

Brussel, J.A. (1979) Psiquiatría al alcance de todos. México: Compañía Editorial Continental.

Sarason, I.G; Sarason, B.G. (2000) Psicología anormal: los problemas de la conducta desadaptada. México: Trillas (reimpresión).

Restak, R. (2001) The secret life of the brain. USA: The Dana Press.

MacKinnon, R.A. (1973) Psiquiatría Clínica Aplicada, México: Nueva Editorial Interamericana, 1ª edición en español.

Roder, V; Dieter, H; Hodel, B; y Kienzle, N. (1996) Terapia Integrada de la Esquizofrenia, España: Ariel Psiquiatría.

Sullivan, H.S. (1996) La entrevista psiquiátrica. México: Siglo Veinte, Nueva Imagen, Tercera edición.

Bleger, J. (2002) Psicología de la conducta, México: Paidós (reimpresión).

Sánchez, H. (1974) La lucha en México contra las enfermedades mentales. México: Archivo del Fondo, primera edición.

Jackson, D. (compilador) (2001) Etiología de la esquizofrenia, Amorrortu editores, Buenos Aires.

Brailowsky, S. (1996) Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. México: Fondo de Cultura Económica.

Rosenzweig, M.R; Leiman, A.I. (1992) Psicología Fisiológica, México: McGraw-Hill, segunda edición.

Díaz, I. (1998) Técnica de la entrevista psicodinámica, México: Editorial Pax.