



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

ESQUIZOFRENIA:

Análisis de las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que presentan esta patología.

Estudio de caso: Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento, de Ferreiro, Estela (VAEfe) de C.A.B.A. Período de estudio: diciembre 2011 a diciembre 2013.

TRABAJO FINAL DE ACREDITACIÓN PARA LA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ALUMNO: Dra. María Florencia Viretto Asteggiano.

DIRECTORA: Profesora Dra. Bibiana Gabriela Frare.

CO-DIRECTORA: Licenciada Mg. Vidalina Díaz Álvarez.

Buenos Aires, Junio de 2014.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A todos mis profesores de UCES, especialmente al profesor Dr. Jorge Daniel Lemus Calderón.

A mi madre: Dra. Florencia Asteggiano de Viretto.

A toda mi familia, abuelas, hermanos.

A mi tía: Licenciada María Mercedes Asteggiano de Bertotto.

A la Licenciada Estela Ferreiro.

DEDICACIÓN

A la memoria de mi padre

SR. ALBERTO DAVID VIRETTO

(1949 – 2001)

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
Resumen y Palabras Clave	13
1.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	15
1.1. CAPÍTULO PRIMERO: GENERALIDADES.	15
1.1.1 Introducción. (Planteo del problema y justificación).	15
1.1.2 Definiciones.	16
1.1.3 Historia.	17
1.1.4 Epidemiología.	18
1.1.5 Objetivos.	20
1.1.5.1 Objetivo General.	20
1.1.5.2 Objetivos Específicos.	21
1.1.6 Hipótesis.	21
2.- MARCO TEÓRICO.	22
2.1. INTRODUCCIÓN.	22
2.2. CAPÍTULO SEGUNDO: CAUSAS.	22
2.2.1 Muchos factores.	22
2.2.2 Neurotransmisores.	22
2.2.3 Factores biológicos. Teoría de la dopamina.	24
2.2.4 Centros nerviosos del cerebro.	25
2.2.5 Factor genético.	26
2.2.6 Hallazgos neuropatológicos. Neuroimagen.	27
2.2.7 Factor psicológico.	28
2.2.8 Influencia ambiental.	28

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
2.3. CAPÍTULO TERCERO: CLASIFICACIÓN.	30
2.3.1 Tipos de Esquizofrenia.	30
2.3.1.1 Esquizofrenia paranoide o Esquizofrenia F 20-0.	30
2.3.1.2 Esquizofrenia hebefrénica o Esquizofrenia F 20-1.	31
2.3.1.3 Esquizofrenia catatónica o Esquizofrenia F 20-2.	32
2.3.1.4 Esquizofrenia simple o Esquizofrenia F 20-6.	33
2.3.1.5 Otros tipos de Esquizofrenia.	33
2.3.2 Tipos de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV.	35
2.4. CAPÍTULO CUARTO: CLÍNICA.	36
2.4.1 Los síntomas.	36
2.4.1.1 Síntomas positivos.	36
2.4.1.2 Síntomas negativos.	38
2.4.2 Curso de la enfermedad.	39
2.5. CAPÍTULO QUINTO: DIAGNÓSTICO.	40
2.5.1 Valoración diagnóstica.	40
2.5.2 Criterios diagnósticos.	42
2.5.2.1 Criterio según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión IV.	42
2.5.2.2 Criterio según la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10.	44
2.5.3 Diagnóstico diferencial.	45
2. 6. CAPÍTULO SEXTO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	47
2.6.1 Tratamiento integral.	47
2.6.2 Receptores dopamínicos.	47

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
2.6.3 Neurolépticos.	48
2.6.3.1 Acciones terapéuticas de los neurolépticos.	48
2.6.3.1.1 Acción sobre el Sistema Nervioso Central.	49
2.6.3.1.2 Acción sobre el Sistema Endocrino.	51
2.6.3.1.3 Otras acciones.	52
2.6.3.2 Clasificación de neurolépticos.	52
2.6.3.2.1 Clasificación de neurolépticos típicos o clásicos.	53
2.6.3.2.2 Clasificación de neurolépticos atípicos.	54
2.6.3.3 Mecanismos de acción de los neurolépticos.	54
2.6.3.4 Reacciones adversas.	55
2.6.4 Esquema de tratamiento para la esquizofrenia.	57
2.6.5 Otros medicamentos.	58
2.6.5.1 Ansiolíticos.	58
2.6.5.2 Antidepresivos.	59
2.6.5.3 Antimaníacos.	60
2.6.5.4 Antiparkinsonianos.	61
2.6.5.5 Hipnóticos.	62
2.6.5.6 Anticonvulsivantes y antiepilépticos.	62
2.6.6 Características de algunos neurolépticos.	63
2.6.6.1 Neuroléptico típico.	63
2.6.6.2 Neurolépticos atípicos.	65
2.6.7 Recomendaciones en la intervención farmacológica.	67
2.7. CAPÍTULO SÉPTIMO: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.	70
2.7.1 Características.	70
2.7.2 Indicaciones.	70
2.7.3 Cómo se realiza.	71
2.7.4 Efectos secundarios y riesgos.	72
2.8. CAPÍTULO OCTAVO: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.	73
2.8.1 Entrevista de evaluación.	73
2.8.2 El diagnóstico.	73

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
2.8.3 Algunas preguntas.	74
2.8.4 Opciones de tratamiento.	75
2.8.4.1 Terapias cognitivo-conductuales.	75
2.8.4.2 Terapias psicodinámicas.	76
2.8.4.3 Terapias de aceptación y compromiso.	77
2.8.4.4 Terapia dialéctico conductual.	78
2.8.4.5 Terapias gestálticas.	78
2.8.4.6 Terapias energéticas.	79
2.8.4.7 Terapia sistémica.	85
2.8.4.8 Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.	85
2.8.4.9 Presencia Mental (Mindfulness).	86
2.8.4.10 Musicoterapia.	86
2.8.4.11 Laborterapia.	87
2.8.5 Tratamientos psicológicos eficaces en la esquizofrenia.	88
2.8.5.1 Intervenciones familiares psicoeducativas.	89
2.8.5.2 Entrenamiento en habilidades sociales.	91
2.8.5.2.1 Modelos de entrenamiento en habilidades sociales.	93
2.8.5.2.2 Técnicas básicas del entrenamiento en habilidades sociales.	94
2.8.5.2.3 El trabajo con la familia.	97
2.8.5.3 Tratamientos cognitivo conductuales.	98
2.8.5.3.1 Déficits cognoscitivos en la esquizofrenia.	98
2.8.5.3.2 Tratamientos cognitivo conductuales para delirios y alucinaciones.	99
2.8.5.3.3 Tratamiento de los síntomas negativos.	103
2.8.5.4 Paquetes integrados multimodales.	103
2.8.5.5 Algunas conclusiones sobre los tratamientos psicológicos de la esquizofrenia.	105

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
2.9. CAPÍTULO NOVENO: REHABILITACIÓN.	107
2.9.1 Los déficits.	107
2.9.2 Modelo vulnerabilidad estrés.	108
2.9.3 Evaluación de las habilidades sociales.	108
2.9.4 Instrumentos para evaluar las habilidades en esquizofrénicos.	109
2.9.5 Representación de roles.	111
2.9.6 Otras formas de evaluación.	113
2.9.7 Rehabilitación cognitiva.	113
2.9.7.1 La atención.	113
2.9.7.2 La memoria.	115
2.9.8 El espectro de las intervenciones psicosociales.	116
2.9.9 Un programa de rehabilitación.	120
2.10. CAPÍTULO DÉCIMO: EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.	123
2.10.1 Evolución.	123
2.10.2 Formas de evolución.	124
2.10.3 Pronóstico de los subtipos de esquizofrenia.	126
2.10.4 Indicadores de pronósticos.	127
2.10.5 Evolución de pacientes institucionalizados.	129
2.10.6 La recuperación.	129
2.11. CAPÍTULO DÉCIMO PRIMERO: CASOS CLÍNICOS.	131
2.11.1 Caso 1. Uso de clozapina.	131
2.11.2 Caso 2. Con influencia genética y drogas.	131
2.11.3 Caso 3. Con características de agresión.	132
2.11.4 Caso 4. Esquizofrenia paranoide, también con manifestaciones agresivas.	133
2.11.5 Caso 5. Con enfermedad orgánica asociada.	135
2.11.6 Caso 6. Alucinaciones casi permanentes.	136
2.11.7 Caso 7. Con antecedentes psiquiátricos familiares.	138
2.11.8 Algunos comentarios.	139

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
2.12. CAPÍTULO DÉCIMO SEGUNDO: ASPECTOS SOCIALES.	140
2.12.1 La esquizofrenia en la sociedad.	140
2.12.2 Impacto económico.	140
2.12.3 Importancia de un diagnóstico temprano.	142
2.12.4 Problemas y necesidades.	142
2.12.5 Algunas situaciones especiales.	145
2.12.6 Los retos.	147
2.12.7 Los mitos.	150
2.12.8 Aspectos éticos y legales.	150
2.12.9 Derechos y organizaciones.	151
2.12.10 Aspectos de la calidad en la disciplina abordada.	152
3.- METODOLOGÍA.	154
3.1 Tipo de trabajo.	154
3.1.1 Metodología Estratégica.	154
3.2 Universo de estudio.	154
3.3 Muestra seleccionada.	154
3.4 Criterios de inclusión.	154
3.5 Criterios de exclusión.	154
3.6 Procedimientos usados para controlar la validez de los resultados.	155
3.7 Indicadores.	155
3.8 Datos de clasificación.	156
3.9 Datos de investigación: Variables y dimensiones de las variables descriptivas.	156
3.10 Técnicas e instrumentos.	157
3.11 Procesamiento de la información.	157
3.12 Resultados.	157
4.- CONCLUSIÓN.	159

ÍNDICE

<u>TEMAS</u>	<u>N° de PÁGINAS</u>
5.- ANEXOS.	162
5.1. Anexo N° 1 Gráficos.	162
5.2. Anexo N° 2. Consentimiento de uso de datos.	164
5.3. Anexo N° 3. Encuestas semiestructuradas.	165
6.- BIBLIOGRAFÍA.	168
6.1 Bibliografía general.	168
6.2 Revistas y publicaciones.	174
6.3 Sitios web Recuperados.	175

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tablas</u>	<u>Nº de Páginas</u>
Tabla 1: Clasificación de la esquizofrenia según la CIE 10.	30
Tabla 2: Clasificación de la esquizofrenia según DSM IV.	35
Tabla 3: Factores favorecedores de un buen o mal pronóstico.	127

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

<u>Figuras y gráficos</u>	<u>Nº de Páginas</u>
Figuras:	
Figura 1: Centros Nerviosos del Cerebro.	25
Figura 2: Tomografía por emisión de positrones.	48
Gráficos:	
Gráfico 1: Porcentajes de recuperación dependiendo de la cantidad de brotes.	162
Gráfico 2: Síntomas positivos.	162
Gráfico 3: Síntomas negativos.	163
Gráfico 4: Actividades.	163

ÍNDICE DE SIGLAS

- ACAPEF:** Asociación cordobesa de ayuda a la persona portadora de esquizofrenia y su familia.
- ACT:** Terapia de aceptación y compromiso.
- AVD:** Actividades de la vida diaria.
- Binasss:** Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.
- BZ:** Benzodiazepinas.
- CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- CIE 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10.
- CITES:** Centro de Intervención Temprana en las Esquizofrenias.
- D1:** Receptor 1 de dopamina.
- D2:** Receptor 2 de dopamina.
- DSM IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión IV.
- ECG:** Electrocardiograma.
- EE:** Emoción expresada.
- EEG:** Electroencefalograma.
- EEUU:** Estados Unidos de Norte América.
- EFT:** Emocional Freedom Technique.
- EMDR:** Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).
- GABA:** Ácido gamma amino butírico.
- HIV:** Virus de inmunodeficiencia humana.
- IPT:** Terapia psicológica integrada.
- ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- L-DOPA:** L 3 – 4 dihidroxifenilalanina (levodopa).
- LSD:** Ácido lisérgico.
- MEPS:** Means-Ends Problem Solving.
- mEq/l:** Mili equivalentes por litro.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- PET:** Tomografía por emisión de positrones.
- PIF:** Factor de inhibición de liberación de prolactina.

RMN: Resonancia Magnética Nuclear.

S1 (SHT1): Receptor 1 de serotonina.

S2 (SHT2): Receptor 2 de serotonina.

S4: Receptor 4 de serotonina.

SNC: Sistema Nervioso Central.

T3: Triyodotironina.

T4: Tiroxina.

TAC: Tomografía Axial Computada.

TCC: Terapia cognitivo conductual.

TDC: Terapia dialéctico conductual.

TEC: Terapia electroconvulsiva.

TSH: Tirotrófina.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

UCES: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

VAEfe: Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento de Ferreiro, Estela.

RESUMEN y Palabras Clave

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y discapacitante. Interfiere en la capacidad de las personas para reconocer lo que es real, controlar emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. Su mayor consecuencia es la alteración de las funciones cognitivas superiores, que produce en casi todos los casos. Conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida personal. Afecta en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y genera altos costos económicos para el país.

Entre sus rasgos distintivos se encuentra el déficit en el funcionamiento social e interpersonal. Sin una causa específica determinada, los responsables son una interacción de factores, entre los que se encuentran genéticos y ambientales.

Los síntomas positivos son intensos, grandilocuentes (delirios, alucinaciones); pero los negativos son más importantes para la vida de la persona, (emociones embotadas, pérdida de energía, retraimiento social, pobreza de pensamiento).

A lo largo de los años, la intensidad de los síntomas, (particularmente los positivos) remite, y la gravedad de la enfermedad disminuye. Aunque puede seguir un curso crónico y debilitante, el deterioro no es inevitable. Actualmente existen tratamientos eficaces para la esquizofrenia: Desde la medicina, nuevos neurolépticos con pocas reacciones adversas, ya que los antiguos producen efectos secundarios incapacitantes. Desde la psicología, numerosos métodos terapéuticos ayudan a fortalecer el “yo interior”, la autoconfianza personal, para que los enfermos puedan, paulatinamente, ir retomando sus actividades y lograr la reinclusión social.

La terapia psicológica es un pilar indispensable para la recuperación, además de la medicación. Por lo tanto para continuar restableciéndose y evitar recaídas, es importante ayudar a las personas a mantener los tratamientos, sin abandonar nunca la medicación, la ayuda psiquiátrica ni la psicológica. De esta manera, una adecuada atención debe incluir medicación, educación, terapias psiquiátricas, psicológicas y otras intervenciones psicosociales, como rehabilitación y reintegración social.

Ésta es la forma, difícil, pero no imposible, con la cual los afectados podrán recuperar su empleo, sus estudios, su hogar y sus relaciones sociales, reduciendo el estigma asociado a esta enfermedad.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Alucinación, Delirio, Déficit Cognitivo, Recuperación, Estigma y Prejuicio.

1.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.- CAPÍTULO PRIMERO: GENERALIDADES

1.1.1. Introducción (Planteo del Problema y Justificación)

La esquizofrenia es una seria enfermedad mental, popularmente casi desconocida, que ocasiona en las personas que la padecen una gran perturbación en sus relaciones sociales, familiares y laborales (Cohen, B., 2003). Se suele emplear el término, en forma despectiva, sin conocer su significado, lastimando de esta manera a quien la padece y a su grupo de pertenencia. Por tal razón, esta alteración acarrea discriminación, maltrato, desautorización, en casi todos los órdenes.

Es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como “el cáncer de la psiquiatría” la que se impone como un gran reto social, debido a su potencial cronicidad y a sus severas consecuencias.

Afecta al ser humano en la etapa más productiva de la vida, ya que en el 75% de los casos, la enfermedad aparece dando sus primeros síntomas entre los 16 y 25 años de edad. Por el grado de incapacidad que produce se afectan los estudios, el trabajo y la vida social plena, no sólo del individuo que la padece, sino también de su medio ambiente familiar, incapacitando a su vez al familiar cuidador, el que de por vida tiene que dedicarse a la atención del enfermo, especialmente durante las etapas de crisis (Cohen, B., 2003).

Popularmente, se considera que produce una incapacidad casi total, que en realidad, no existe. Se cree que el paciente, sólo puede estar en una institución de salud mental, con pocas posibilidades de estudiar, ni de trabajar. Lo expuesto condiciona la integración de estas personas en el desarrollo social, educativo, laboral y sanitario, hasta el punto de provocar su marginación.

En el 50% de los casos (Donnoli, V., 1999) se hace necesaria su hospitalización evolucionando en forma crónica, con un deterioro progresivo de todas las capacidades del enfermo, teniendo un elevado costo directo por la atención médica y para-médica, e indirecto por lo que dejan de producir pacientes y familiares cuidadores, más un costo

intangibles relacionados con el sufrimiento que produce en el paciente, en familiares, amigos y en la sociedad en general.

Desde diciembre de 2010, existe en Argentina, la Ley de Salud Mental Nacional N° 26.657, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece la protección y tratamiento de la salud mental a todos los habitantes, garantizando los derechos a la atención adecuada, a vivir en comunidad y a la no discriminación, entre otros. Esta ley, aún reciente, necesita mayor divulgación en los distintos ámbitos, para subsanar algunas falencias, que todavía sufren las personas afectadas (Plan de Salud Mental, 2012).

El conocimiento de la enfermedad posibilita comprender sus manifestaciones, buscar las mejores opciones de tratamiento y que el paciente cuente con apoyo y contención familiar, indispensable para lograr la recuperación (Muñoz, M., Pérez Santo, E., Crespo, M. y Guillén, A. I., 2009).

Aunque aún no hay curación, actualmente como demuestra este trabajo, con un tratamiento que abarque medicamentos, terapias psicológicas y rehabilitación, se puede fortalecer psicológicamente al paciente, evitando el deterioro consecuente (Cohen, B., 2003). Este estudio tiende a fortalecer los nuevos paradigmas, de inclusión, equidad y accesibilidad, y establecer las bases y cuidados para una buena atención que permita la inclusión del afectado, en ámbitos familiares, comunitarios, educacionales, laborales y sociales.

De esta manera, la mayoría de las personas afectadas pueden, con algunas limitaciones, volver al trabajo, al estudio y a su vida en sociedad.

1.1.2. Definiciones

La psiquiatría (del griego *psique*, alma e *iatreia*, curación) es la rama de la medicina que se ocupa del estudio de los trastornos mentales, con el objeto de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los afectados (Ferrari, H. A., 1997).

En psiquiatría, las entidades que aparecen en las clasificaciones son conocidas como *trastornos* más que como enfermedades.

Los trastornos psiquiátricos o enfermedades mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo.

La **esquizofrenia**, del griego *schizein*, dividir, escindir, hendir, romper; y *phren*, entendimiento, razón, mente, (con mayor énfasis en la fragmentación de la personalidad que en la evolución), es una enfermedad psiquiátrica, que produce algunos trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o en la expresión de la realidad (Psicología online, 2013).

Se caracteriza, entre otros aspectos, por presentar deficiencias cognitivas a las que la investigación ha prestado una gran atención en las últimas décadas. En este ámbito, la mayoría de los estudios se han centrado en desórdenes en procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención o memoria. Sin embargo, desde mediados de los años 90, la investigación ha ampliado su foco de atención incorporando lo que se ha denominado "Cognición Social" (Ruiz, J. C., García Ferrer, S. y Fuentes, I., 2006), para explicar el deterioro en el funcionamiento social y comunitario que se da en la esquizofrenia.

Pero, ¿qué es la cognición social exactamente? La Cognición Social es el conjunto de procesos cognitivos implicados en situaciones sociales e interacciones. Incluyendo los procesos y funciones que permiten a la persona entender y actuar (Ruiz, J. C. y otros, 2006).

1.1.3. Historia

Se torna difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría, en épocas remotas, los inicios de la esquizofrenia.

De la edad antigua no hay registros importantes, dado que las alteraciones mentales eran consideradas posesiones demoníacas. Recién en el siglo XVIII, se establece que se deben a una enfermedad orgánica del cerebro (Mesa Castillo, S., 2000).

En el año 1856 se introduce el término "*demencia precoz*", para catalogar a un adolescente, que era brillante, activo y que luego se volvió aislado, apático y callado (Cohen, B., 2003).

En el año 1868 se designa “*catatonia*”, a un cuadro clínico, en el que predomina la tensión motora (muscular), y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (*estupor catatónico*) y otra excitada (*agitación catatónica*). En el mismo año el término “*paranoia*” se utiliza para catalogar a un grupo de personas, en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados (Cohen, B., 2003).

En 1870 se comienza a utilizar el término “*hebefrenia*”, para describir un cuadro, de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental que conduce al deterioro del individuo.

En 1911, P. E. Bleuler¹ introduce el término “*esquizofrenia*”, para sustituir al de demencia precoz. Para él, la esquizofrenia era la enfermedad de las “cuatro A”: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

En 1952, la primera edición del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” de la Asociación Psiquiátrica Americana, clasifica a la esquizofrenia en los tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual (Psicoactiva, 2012).

Durante el siglo XX, y debido al desarrollo tecnológico se hacen los primeros estudios en cerebros de esquizofrénicos, y se descubren las regiones más afectadas del cerebro (Cohen, B., 2003).

1.1.4. Epidemiología

La proporción de personas que es esperable que experimenten esta enfermedad en algún momento de sus vidas, es aproximadamente del 1% de la población mundial, con escasas variaciones entre los países (Cohen, B., 2003).

La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres (Brainin, J. E., Brizendine, L., Cabaj, R. P., Carter, C. S., Clague, H., Di Martini, J.,...Zaslav, M., 2000; Cohen, B., 2003).

¹ Paul Eugen Bleuler (1857 – 1939): Psiquiatra suizo conocido por sus contribuciones al campo de las enfermedades mentales.

En los Estados Unidos, es la causa del 25 % de los ingresos hospitalarios y del 10 % de la población incapacitada (Cohen, B., 2003).

Debido a su costo directo para los cuidados, e indirectos para la sociedad, por la pérdida de productividad a lo largo de la vida de la persona, se estima que la esquizofrenia tiene un costo equivalente al 2 % del Producto Nacional Bruto estadounidense anualmente. Además de este aspecto económico, produce un desgaste devastador, en términos de sufrimiento humano, para los pacientes, sus familiares y sus amigos.

Antecedentes familiares

La prevalencia se incrementa al 10% en los parientes de primer grado de personas con esquizofrenia, índice aún más alto en familias con varios miembros que presentan la enfermedad (Brainin, J. E. y otros, 2000).

Morbilidad y mortalidad

Se sabe que la esquizofrenia es una de las principales causas de discapacidad. Según un estudio efectuado en 1999 en 14 países, la psicosis activa ocupa el tercer lugar después de la parálisis cerebral y la demencia, y por delante de la paraplejía y la ceguera (Brainin, J. E. y otros, 2000; Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio del 10%. La mortalidad también aumenta a causa de enfermedades médicas, debido a una combinación de estilos de vida poco saludables, efectos secundarios de la medicación, y una baja calidad de atención sanitaria. Debido a estos factores, la esperanza de vida de estos pacientes es de 10 a 12 años inferior a la de la población sana (Cohen, B., 2003; Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

Factores demográficos

No hay una demostración clara de la influencia del sexo o de la raza en la incidencia de la enfermedad, mientras que el clima, la cultura o la clase social, pueden influenciar la aparición de esquizofrenia en sujetos genéticamente susceptibles (Brainin, J. E., y otros, 2000).

La esquizofrenia se produce por igual en hombres y mujeres. No obstante, existen evidencias de que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno. Generalmente aparece antes en los hombres entre los 15 y 25 años y en mujeres entre los 25 y 35. Éstas suelen tener mejor respuesta a los tratamientos (Cohen, B., 2003).

1.1.5 Objetivos

1.1.5.1 Objetivo General

Analizar las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que padecen esquizofrenia. Estudio de caso: Centro VAEfe (C.A.B.A.). Período de estudio: diciembre 2011 a diciembre 2013.

1.1.5.2 Objetivos Específicos

- Establecer y diferenciar los conceptos de psiquiatría, trastornos psiquiátricos y esquizofrenia.
- Identificar y describir los distintos tipos de esquizofrenia.
- Diferenciar los síntomas positivos y negativos de la patología abordada.
- Establecer las bases del diagnóstico y el procedimiento a seguir.
- Determinar las bases de un tratamiento integral para la recuperación.
- Distinguir la tipología de la medicación en los casos de neurolépticos típicos y atípicos.
- Establecer la importancia de un buen tratamiento psicológico de apoyo.
- Describir las características que debe reunir una atención psiquiátrica de calidad.
- Determinar los aspectos sociales relevantes del objeto de estudio (éticos, legales, calidad en la atención) y los ámbitos laborales en los que se puede desempeñar un paciente recuperado.

1.1.6. Hipótesis

La esquizofrenia es un trastorno mental, no demencial, que produce alteraciones. La mayoría de las personas afectadas que cuentan con afecto y apoyo familiar y siguen constantemente el tratamiento, con terapia psicológica, pueden desempeñarse, con pocas limitaciones, en los distintos ámbitos.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. INTRODUCCIÓN:

Se exponen en el presente acápite los conceptos más relevantes de la disciplina, objeto de estudio, originados de los autores más calificados y destacados en la materia.

2.2. CAPÍTULO SEGUNDO: CAUSAS

2.2.1. Muchos factores.

Las causas que conducen a esta enfermedad, fueron y son intensamente estudiadas. Las investigaciones han obtenido resultados parciales importantes, que se sitúan en campos muy diversos. Por eso, se puede decir con bastante seguridad, que no existe una única razón para que algunas personas sufran esta enfermedad; sino que hay que atribuir la responsabilidad, a todo un conjunto de factores confluentes: biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y de desarrollo.

Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica. En vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base neurológica del trastorno (NLM National Library of Medicine, 2012; Cohen, B., 2003).

2.2.2. Neurotransmisores

Los neurotransmisores (Boeree, G., 2000), son las sustancias químicas que se encargan de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente a través de las sinapsis. También se encuentran en la terminal axónica de las neuronas motoras, donde estimulan las fibras musculares para contraerlas. Son producidos en algunas glándulas como la pituitaria² y las adrenales³.

² Glándula hipófisis ubicada en la cara inferior del cerebro.

³ Glándulas suprarrenales situadas encima de los riñones. Regulan la respuesta al estrés por medio de la síntesis de cortisol y adrenalina.

La **acetilcolina** fue el primer neurotransmisor en ser descubierto. Regula la capacidad para retener una información, almacenarla y recuperarla en el momento necesario. Cuando el sistema que la utiliza se ve perturbado, aparecen problemas de memoria y hasta, en casos extremos, demencia senil (Benedetti, G., 1996).

La **norepinefrina** (antes llamada noradrenalina) está fuertemente asociada con la puesta en "alerta máxima" de nuestro sistema nervioso. Es prevalente en el sistema nervioso simpático, e incrementa la tasa cardíaca y la presión sanguínea. Las glándulas adrenales la liberan en el torrente sanguíneo, junto con la epinefrina. Es también importante para la formación de memorias (Benedetti, G., 1996).

La **dopamina** crea un "terreno favorable" a la búsqueda del placer y de las emociones, así como al estado de alerta. Potencia también el deseo sexual. Al contrario, cuando su síntesis o liberación se dificulta, puede aparecer desmotivación e, incluso, depresión (Benedetti, G., 1996). En la esquizofrenia se encuentran cantidades excesivas de dopamina en los lóbulos frontales, y las drogas que la bloquean, son usadas para ayudar a los esquizofrénicos (Brainin, J. E., y otros, 2000).

El **GABA** (ácido gamma aminobutírico) es otro neurotransmisor que interviene en las etapas de la memorización frenando la transmisión de las señales nerviosas (Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

El **glutamato** es el neurotransmisor excitatorio más común en el sistema nervioso central, y es especialmente importante en relación con la memoria. Además, es tóxico para las neuronas, y un exceso puede matarlas (NLM National Library of Medicine, 2012).

Otro neurotransmisor es la **serotonina**. Los niveles altos de serotonina producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable. Los niveles bajos, en cambio, hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión, migraña, dependencia (drogas, alcohol) y bulimia (Brainin, J. E., y otros, 2000).

Existen numerosos receptores de serotonina (Belloch, A. y Sandín, B., 1996) Los más importantes son:

- S1 (5-HT1): Se localizan en SNC (Sistema Nervioso Central): Hipocampo⁴, sustancia nigra⁵, globo pálido⁶ y plexos coroideos⁷. Tiene mayor afinidad por los agonistas.
- S2 (5-HT2): Son más abundantes. Se localizan en tejidos periféricos: Músculo liso, vasos, tráquea, fibras gastrointestinales, fibras uterinas, plaquetas, terminaciones adrenérgicas y colinérgicas. También en corteza y núcleo caudado⁸. Tiene mayor afinidad por los antagonistas.
- S4: Tiene relación con la taquicardia.

2.2.3. Factores biológicos: Teoría de la dopamina

Se ha encontrado en estos enfermos, una hiperactividad del neurotransmisor dopamina. Esta teoría se basa en dos observaciones (Brainin, J. E., y otros, 2000):

A) Algunas drogas como las anfetaminas, la levodopa, la cocaína, incrementan la transmisión de dopamina. Cuando se administran en forma crónica, pueden producir un estado psicótico, similar a la esquizofrenia. Además pueden exacerbar los síntomas psicóticos, cuando se administra a pacientes con esquizofrenia preexistente.

B) Los neurolépticos, fármacos capaces de bloquear los receptores dopaminérgicos, mejoran los síntomas de la enfermedad.

Un problema de la teoría de la dopamina, es que no explica los síntomas negativos de la esquizofrenia. La intoxicación con anfetaminas o con cocaína, puede producir alucinaciones e ideas delirantes, similares a los síntomas positivos de la esquizofrenia, pero no producen síntomas negativos (Benedetti, G., 1996).

Actualmente se sugiere que en la esquizofrenia existe un desequilibrio en más de un sistema de neurotransmisores, no sólo en el sistema de la dopamina (NLM National Library of Medicine, 2012).

⁴ Importante componente del sistema límbico.

⁵ Capa de sustancia gris cerebral.

⁶ Parte pequeña e interior del cerebro.

⁷ Vasos sanguíneos de la piamadre.

⁸ Porción del encéfalo formada por células grises y constituida por cabeza, cuerpo y cola.

2.2.4. Centros nerviosos del cerebro

Las células nerviosas o neuronas están organizadas en circuitos que generan y dirigen mensajes hacia diversas zonas cerebrales de una forma ordenada (Figura 1). Rodeando al cerebro, hay una zona muy importante llamada corteza cerebral que es donde tiene lugar la percepción y el pensamiento lógico y donde se procesa la información necesaria para las funciones cerebrales más complejas, como el pensamiento reflexivo y la memoria (NLM National Library of Medicine, 2012).

Centros nerviosos del cerebro

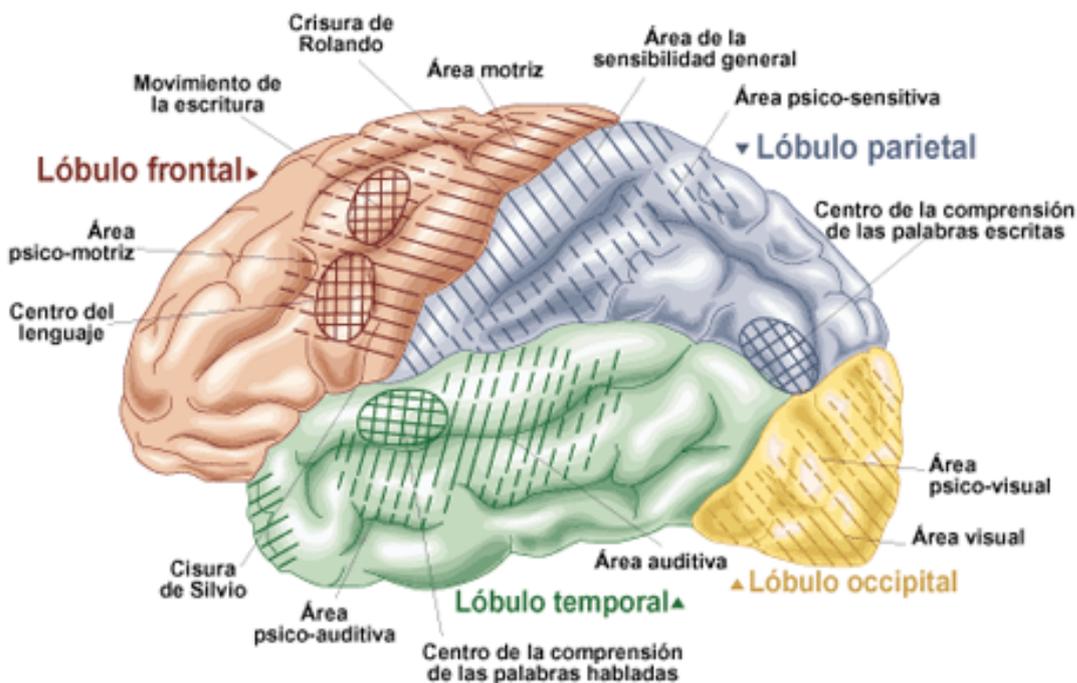


Figura 1: Esquema de los centros nerviosos del cerebro.

Fuente: NLM National Library of Medicine, 2012.

Debajo de la corteza cerebral existe una zona muy compleja formada por diversas estructuras: hipotálamo⁹, hipocampo, amígdala cerebral¹⁰, núcleo caudado, corteza frontal, denominado sistema límbico¹¹, que es el responsable de dar colorido emocional a las percepciones y

⁹ Hipotálamo: Porción del encéfalo que regula la actividad endócrina.

¹⁰ Amígdalas: Formaciones pequeñas redondeadas ubicadas en la cara inferior del cerebelo.

¹¹ Sistema límbico: Estructuras vertebrales importantes para las funciones autónomas, las emociones y la conducta.

pensamientos que se han elaborado en la corteza cerebral. Este sistema modula, controla y regula nuestras emociones, sentimientos, conducta sexual, ritmos biológicos y motivaciones (Cohen, B., 2003; Brainin, J. E. y otros, 2000).

La corteza occipital se asocia con la percepción de la visión y con la memoria visual; la temporal, con la percepción del sonido. Los lóbulos frontales participan en la atención, la programación y la memoria de trabajo.

Los ganglios basales¹² subcorticales y las áreas límbicas, parecen desempeñar un importante papel en el bienestar físico y mental. Las alteraciones de estas vías, podrían conducir a una disminución de la capacidad del cerebro, para interrumpir o bloquear la actividad cerebral indeseada, quizá produciendo alucinaciones, ideas delirantes o trastornos del pensamiento, o también, apatía, empobrecimiento del pensamiento, problemas de atención y retraimiento social (Boeree, G., 2000; Cohen, B., 2003).

2.2.5. Factor genético

Los estudios apoyan la posibilidad de una base hereditaria. El comportamiento humano, es moldeado por la interacción de los genes con el ambiente. Aquellos codifican la conducta, pero no de manera directa. Existen complejos circuitos neuronales, que requieren, gran variedad de proteínas, y también, muchos genes. Se acepta, por lo tanto, una base poligénica.

Se ha demostrado la participación de varios cromosomas: El cromosoma 3, donde se localiza el receptor de dopamina; el 5, con el receptor de serotonina; y también los cromosomas 8, 10, 13 y 22 (Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

¹² Masas grises específicas interconectadas, de ubicación profunda en los hemisferios cerebrales, y en la parte alta del tallo cerebral, constituidas por *núcleo caudado*, *putamen*, *globus pallidus*, *claustró* y *sustancia negra*; participan en la coordinación motora.

2.2.6. Hallazgos neuropatológicos. Neuroimagen

Ciertos estudios de imágenes realizados para examinar las diferencias funcionales en la actividad cerebral, mostraron diferencias en los lóbulos frontales, hipocampo y lóbulos temporales, vinculados al déficit neurocognitivo, que a menudo se asocia con la esquizofrenia. Los trastornos del lenguaje, de la atención, el pensamiento abstracto, el juicio social y la planificación de acciones futuras, característicos de la enfermedad, están íntimamente ligados a las funciones del lóbulo frontal (Jansson, L. B. & Parnas, J., 2007).

En 2006, una resonancia magnética nuclear de todo el cerebro, reveló que el volumen del hipocampo y la amígdala se ven reducidos, y que el volumen ventricular se incrementa en pacientes con un primer episodio psicótico, en comparación con controles sanos. Estos hallazgos sin embargo, no siempre aparecen (Jansson, L. B. & Parnas, J., 2007).

También se han reportado cambios en la estructura microscópica del lóbulo temporal de esquizofrénicos. Mediante estudios de imagen por resonancia magnética funcional, se ha demostrado que hay una mayor conectividad en la red de neuronas encargadas de la actividad cerebral.

Los síntomas positivos, alucinaciones, delirios y el trastorno del pensamiento, están asociados con una disfunción del lóbulo temporal, o de las estructuras que conforman el sistema límbico, como la amígdala y el hipocampo, (Jansson, L. B. & Parnas, J., 2007).

Los estudios de neuroimagen, también revelan incremento del líquido cefalorraquídeo extracerebral, en los surcos. Esto puede explicarse por la atrofia que se produce en las últimas etapas de la infancia, o en las primeras de la adolescencia, debido a la presión hacia fuera que ejerce el cerebro sobre el cráneo, lo que triplica su tamaño, entre el nacimiento y los cinco años. El proceso continúa hasta que las suturas craneales se fusionan en las últimas etapas de la infancia. Por ello, sólo una lesión difusa, con pérdida de tejido cerebral, posterior a ese período de máxima expansión, podría causar el incremento de líquido cefalorraquídeo (Jansson, L. B. & Parnas, J., 2007).

Vale aclarar, que los electroencefalogramas (EEG) son utilizados para complementar los estudios de neuroimagen.

2.2.7. Factor psicológico

Algunas investigaciones en enfermos de esquizofrenia, indican que probablemente, el estrés diario desempeñe un papel importante en desencadenar el primer brote, así como las recaídas posteriores.

Se ha visto que una serie de mecanismos psicológicos están implicados en el desarrollo y el mantenimiento de la esquizofrenia. Los últimos hallazgos, indican que muchas personas diagnosticadas con esquizofrenia, son emocionalmente muy sensibles, especialmente frente a estímulos negativos o estresantes; y que esa vulnerabilidad, puede causar sensibilidad a los síntomas o al trastorno. Algunos datos, indican que el contenido de las creencias delirantes y experiencias psicóticas, pueden reflejar causas emocionales de la enfermedad, y que la forma en que una persona interpreta esas experiencias, puede influir en la sintomatología (Benedetti, G., 1996; Cohen, B., 2003).

2.2.8. Influencia ambiental

Factor infeccioso

Algunas infecciones virales durante la gestación, pueden relacionarse con la aparición de la enfermedad. Se citan, entre ellas, rubéola, influenza; y también las infecciones respiratorias en el segundo trimestre del embarazo. La exposición prenatal a ciertas infecciones, aumenta el riesgo de desarrollar esquizofrenia (Benedetti, G., 1996).

Complicaciones del embarazo y nacimiento

Complicaciones fetales relacionadas a hipoxia-isquemia,¹³ constituyen un factor de riesgo importante para las psicosis, entre ellas, la esquizofrenia (Benedetti, G., 1996).

¹³ Hipoxia: Disminución en el suministro de oxígeno a los tejidos. Isquemia: Deficiencia del riego sanguíneo en una parte del organismo.

Estación del año

Una mayor proporción de enfermos, nacen durante los meses de invierno. Esta relación es más pronunciada en mujeres (Benedetti, G., 1996).

Factores sociales

Ciertos factores ambientales, suelen actuar como desencadenantes y nunca como causa principal de aparición. Se ha encontrado que el vivir en un medio urbano, puede ser un factor de riesgo que puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia. Otro factor de riesgo, es la desventaja social, tal como la pobreza y la migración relacionada con la adversidad social, la discriminación racial, la exclusión social, la disfunción familiar, el desempleo o las deficientes condiciones de vivienda. Ciertas experiencias vividas durante la infancia, incluyendo el abuso o traumatismos, también han sido implicadas como factores de riesgo de un diagnóstico de esquizofrenia más tarde en la vida (Brown, S., Barraclough, B. & Inskip, H., 2000; Evans, K. & Milns, R., 2003).

Abuso de sustancias

En la enfermedad hay generalmente mayor uso de sustancias adictivas. Según algunos autores, éstas provocarían la esquizofrenia o son una consecuencia de la misma (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003).

2.3. CAPÍTULO TERCERO: CLASIFICACIÓN

2.3.1. Tipos de esquizofrenia.

Históricamente, la esquizofrenia en Occidente, ha sido clasificada en **simple, catatónica, hebefrénica y paranoide**. Con frecuencia se presentan cuadros mixtos que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces, que el cuadro de la enfermedad, varía a lo largo del tiempo (Ferrari, H. A., 1997).

La CIE 10, Clasificación internacional de enfermedades, versión 10, en la Clasificación de trastornos mentales, (Tabla 1) clasifica la esquizofrenia (F20) bajo la denominación **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes**:

Tabla 1. Clasificación de la CIE 10

F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.
F20.5	Esquizofrenia residual.
F20.6	Esquizofrenia simple.
F20.8	Otras esquizofrenias.
F20.9	Esquizofrenia sin especificación.

Fuente: Ferrari, H. A., 1997.

2.3.1.1. Esquizofrenia paranoide o Esquizofrenia F 20.0

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 (Ferrari, H. A., 1997; Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J., 2007).

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia (interpretación errónea de acontecimientos en el mundo externo como si tuvieran una referencia personal directa con uno mismo), de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas, murmullos.

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad, los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica, entre los 20 y 30 años. Es la que mejor evoluciona, a pesar de la aparatosidad del cuadro (Ferrari, H. A., 1997; Gelder, M. y otros, 2007).

2.3.1.2. Esquizofrenia hebefrénica o esquizofrenia F 20.1

La esquizofrenia hebefrénica, también llamada desorganizada, (Benedetti, G., 1996) es la 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 manierismos¹⁴ (Diccionario de Medicina Dorland, 1986).

La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas, como de satisfacción de si mismo.

¹⁴ Trastorno en el que el paciente realiza movimientos superfluos o gestos desproporcionados que se trasladan a los actos habituales (marcha, escritura, etc.). Se observa en trastornos psíquicos como esquizofrenia, histeria, psicosis maníacodepresiva, etc.

El modo de actuar es despectivo, con muecas, burlas, quejas hipocondríacas y 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 en edad juvenil (hebe: joven), 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 embotamiento afectivo y abulia¹⁵, y por la personalidad inmadura del enfermo (Ferrari, H. A., 1997).

No son infrecuentes las formas de comienzo asociadas al consumo de alcohol o drogas. La despersonalización genera vivencias de extrañeza de sí mismo y del mundo, con pérdida de control de la actividad psíquica, por parte del "yo" del sujeto (Ferrari, H. A., 1997).

2.3.1.3. Esquizofrenia catatónica o esquizofrenia F 20.2

Aparecen graves trastornos psicomotores, que varían desde la hipercinesia¹⁶ al estupor o, de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo, pueden mantenerse distintas posturas, yacencias largas, a veces en posición fetal y actitudes rígidas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa (Ferrari, H. A., 1997; Gelder, M. y otros, 2007).

Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior, e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves, pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante períodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo sólo se manifiestan con una aceleración del pulso.

¹⁵ Pérdida parcial o total de la voluntad o de la iniciativa.

¹⁶ Del griego hyper, por encima, más allá y kinesis, movimiento. Aumento de la amplitud y de la rapidez de los movimientos.

También se dan repeticiones constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo (Ferrari, H. A., 1997; Gelder, M. y otros, 2007).

2.3.1.4. Esquizofrenia simple o esquizofrenia F 20.6

Se caracteriza por una aparición lenta, progresiva e insidiosa¹⁷. Las manifestaciones productivas, de tipo delirante-alucinatorio, son escasas. Predominan los síntomas negativos, apatía afectiva, abulia, retraimiento, rareza de conductas; el comportamiento es extravagante, con incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y con disminución del rendimiento en general (Ferrari, H. A., 1997).

Suele aparecer en sujetos de personalidad esquizoide previa con aislamiento, timidez, introversión y escasas relaciones personales. Con la evolución, se llega a estados de aplanamiento afectivo, indiferencia e insensibilidad (Ferrari, H. A., 1997). Pierden espontaneidad, acentúan su soledad y se refugian en el ambiente familiar, donde se tolera sus excentricidades, sin reacción ni alarma alguna, por lo que no suele haber consulta médica, salvo que se produzca alguna crisis por algún acontecimiento familiar (mudanza, separación, fallecimiento, nacimiento).

Se estima que no es frecuente. Esta estimación puede ser dudosa por la falta de tratamiento médico. Por la misma razón, suele tener mal pronóstico, ya que cuando se diagnostica lleva años de evolución (Ferrari, H. A., 1997).

2.3.1.5. Otros tipos de esquizofrenia

Esquizofrenia indiferenciada o esquizofrenia F 20.3

No predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las anteriores (Psicología online 2013).

¹⁷Del latín *insidiosus*, traicionero, solapado. Que llega de manera silenciosa o engañosa; de desarrollo gradual y sutil.

El conjunto de trastornos que presenta, satisface las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero no se ajusta a ninguno de los tipos F20.0-F20.2, o presenta rasgos de más de uno de ellos, sin predominio de uno en particular (Belloch, A. y Sandín, B., 1996; Vallejo Nájera, J. A., 1997).

Depresión post esquizofrénica o esquizofrenia F 20.4

Es un trastorno de tipo depresivo que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante el mismo, pueden persistir algunos síntomas, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes (Psicoactiva, 2012; Psicología online, 2013; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

Esquizofrenia residual o esquizofrenia F 20.5

Es un 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. No se manifiesta en todos los enfermos (Psicoactiva, 2012; Psicología online, 2013; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

Otras esquizofrenias: F 20.8

La clasificación F 20.8 de la CIE 10 incluye Esquizofrenia cenestopática y Trastorno esquizofreniforme sin especificación. La primera hace referencia al estado patológico de la cenestesia¹⁸(Diccionario de Medicina Dorland, 1986), abarca sensaciones "sin objeto" como bienestar, placer, fatiga, hambre, náusea, escalofrío, sensación muscular, etc. Es decir, sensaciones no táctiles (Gelder, M. y otros, 2007).

¹⁸ Cenestesia: percepción interna de nuestro cuerpo.
Cenestopatía: Estado patológico de dichas sensaciones.

El trastorno esquizofreniforme es de corta duración (menos de seis meses) y generalmente no tiene deterioro de la actividad social o laboral (Gelder, M. y otros, 2007).

2.3.2. Tipos de Esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión IV: DSM IV

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión IV, DSM IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría, contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas (Tabla 2), con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar, intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales (Belloch, A. y Sandín, B., 1996).

Tabla 2. Clasificación de esquizofrenia según DSM IV

F20.xx	Esquizofrenia
F20.0x	Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30)
F20.1x	Tipo desorganizado de esquizofrenia (295.10)
F20.2x	Tipo catatónico de esquizofrenia (295.20)
F20.3x	Tipo indiferenciado de esquizofrenia (295.90)
F20.5x	Tipo residual de esquizofrenia (295.60)

Fuente: Belloch, A. y Sandín, B., 1996.

La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo (Ferrari, H. A., 1997).

2.4. CAPÍTULO CUARTO: CLÍNICA

2.4.1. Los síntomas

Se llaman síntomas, a aquellas manifestaciones del sujeto, que anuncian una anomalía o enfermedad. El problema, en esta enfermedad, es que la mayoría de ellos son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. El esquizofrénico experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo característico, 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, evitar salir con amigos, dormir poco o demasiado, hablar sola, o reír sin motivo aparente. Estos síntomas, pueden no aparecer en todos los pacientes (Cohen, B., 2003).

Varios autores, entre ellos P. E. Bleuler y E. Kraepelin¹⁹ distinguieron entre síntomas positivos (aquellos presentes en los pacientes esquizofrénicos, pero no en la población general), y síntomas negativos (deficiencias que se producen en los enfermos y no en la población general). A continuación se detallan los más importantes (Cohen, B., 2003; Psicología online, 2013).

2.4.1.1. Síntomas positivos

Alucinaciones: Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. Las personas no están en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo (Gelder, M. y otros, 2007).

Se pueden ver y oír cosas inexistentes y, lo que es peor, tener la seguridad absoluta e inquebrantable de que son ciertas. Pueden producirse en cualquier sentido (oído, vista, tacto, gusto y olfato), pero lo más frecuente en la esquizofrenia son las auditivas.

Delirio: Se trata de una convicción errónea, de origen patológico, que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas.

¹⁹ Emil Kraepelin (1856 – 1926) psiquiatra alemán destacado por sus investigaciones en esquizofrenia.

El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Pueden ser de distintos tipos: de persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático entre otros (Vallejo Nájera, J. A., 1997; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

Los delirios más frecuentes en la esquizofrenia son los de persecución y perjuicio (el paciente se siente perseguido por extraterrestres, la mafia, conspiraciones mundiales, o bien cree firmemente que todo el mundo está en contra de él) (Vallejo Nájera, J. A., 1997; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

Trastornos del pensamiento: La manera de hablar suele dar indicios significativos de que el pensamiento está trastornado. Relatan a menudo, que han perdido el control sobre sus pensamientos, que éstos fueron sustraídos, impuestos o son dirigidos por extraños poderes. Los pacientes pueden no ser capaces de concentrarse en un solo pensamiento durante mucho tiempo y se distraen fácilmente. Esta falta de continuidad del pensamiento puede dificultar las conversaciones y llevar al aislamiento social. Si lo que dice el individuo carece de sentido para las demás personas, éstas tienden a sentirse incómodas y a dejarle solo (Donnoli, V., 1999).

Comportamiento gravemente desorganizado: Agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal; o catatónico, con una disminución de la actividad psíquica y motora, hasta llegar a una falta total de atención y rigidez (Cohen, B., 2003).

En las crisis psicóticas, los síntomas descritos, pueden ir acompañados de angustia, insomnio, palpitaciones, mareos y comportamientos agresivos.

2.4.1.2. Síntomas negativos

Pobreza afectiva: Se manifiesta como un empobrecimiento en la expresión de emociones y sentimientos; disminuye la capacidad emocional. Se nota por la expresión facial inmutable, los movimientos y ademanes disminuidos. El contacto visual es pobre, parece evitar mirar a los demás; permanece con la mirada extraviada. Otros signos son la incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado, sonríe cuando se habla de temas serios; la risa es tonta. También la ausencia de inflexiones vocales, el habla es monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen (Belloch, A. y Sandín, B., 1996; Vallejo Ruiloba, J., 2006).

Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de la pobreza del lenguaje y de su contenido; las respuestas son breves y raramente hay información adicional. El lenguaje es vago, repetitivo, estereotipado y con bloqueos: interrupción del mismo, antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un período de silencio, que puede durar unos segundos, no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir. La latencia de respuesta está incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta (Diccionario de Medicina Dorland, 1986; Ferrari, H. A., 1997; Psicología online, 2013).

Abulia –Apatía: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañada de una afectividad triste. Se manifiesta por problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea; sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental (Chinchilla Moreno, A., 2008; Diccionario de Medicina Dorland, 1986).

Anhedonia – Insociabilidad: La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer, o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobby. Hay un decremento de la actividad e interés sexual. Las relaciones con amigos y semejantes están restringidas, hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollarlas (Diccionario de Medicina Dorland, 1986; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

2.4.2. Curso de la enfermedad

En la enfermedad se pueden distinguir tres fases (Benedetti, G., 1996; Ferrari, H. A., 1997).

1ª fase prodrómica: Se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad o sea antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito, dificultad para dormir, tristeza y depresión (Rathus, S. & Jeffrey, N., 1991; Vila, J. y Fernández, M., 1990).

2º fase activa: Se desencadena la enfermedad, con los llamados “brotes o crisis”. Los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento. Es cuando la familia se alarma y suele pedir ayuda médica (Benedetti, G., 1996; Cohen, B., 2003). Este comienzo puede ser abrupto o lento y extenderse durante semanas, años o en forma crónica, toda la vida.

3ª fase residual: No la sufren todos los enfermos, los síntomas negativos son importantes. El deterioro personal, social y laboral puede ser grave (Brainin, J. E. y otros, 2000; Ferrari, H. A., 1997).

2.5. CAPÍTULO QUINTO: DIAGNÓSTICO

2.5.1. Valoración diagnóstica

El diagnóstico de esquizofrenia se basa en la cuidadosa observación de signos y síntomas, en la exploración metódica de las vivencias de la persona y en la acumulación de antecedentes desde todas las fuentes posibles: familia, amigos, vecinos, trabajo. No existen pruebas de laboratorio, ni exámenes de imágenes, que ayuden a establecerlo, salvo para descartar otras patologías (Cohen, B., 2003).

Examen del estado mental

Trata de establecer el grado de psicopatología en el momento de la entrevista. Se suelen encontrar los siguientes signos: Poco interés por la entrevista, a veces, se oponen rotundamente a ella. Lucen distraídos, con la mirada vaga, evitando el contacto visual con el entrevistador. Descuidados en su aspecto personal, gesticulan o ríen sin motivo. Pueden estar agitados e inquietos, mutistas o inmóviles (Psicoactiva, 2012). En el curso del pensamiento, se encuentran las clásicas disgregaciones, que son el resultado de la incoherencia en las ideas, que llega a la “ensalada de palabras”. Puede existir “robo del pensamiento”, en donde sienten que se quedan sin ideas, porque alguien se las “sacó” (Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001). En el contenido hay ideas delirantes y alucinaciones (Zoch, C., 1980). Generalmente no hay conciencia de enfermedad o existe en forma parcial, ya que se cree enfermo de algo físico (Brainin, J. E. y otros, 2000).

Examen físico

Es poco relevante. Puede encontrarse taquicardia, hipertensión arterial, pupilas dilatadas, palidez generalizada (Binasss, 2011).

Examen neurológico

No hay alteraciones llamativas en este sentido. Sí, se deben buscar los llamados “signos neurológicos suaves”, que no tienen una ubicación topográfica específica en el cerebro, y que son los siguientes (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol II”; Zoch, C., 1980; Psicoactiva, 2012):

Presencia de movimientos en el espejo:

Consisten en que cuando uno ordena a un paciente que mueva una extremidad, una mano, un dedo o un pie, se produce un movimiento opuesto en la misma parte del lado contralateral del cuerpo.

Dificultad para decir trabalenguas:

Se explora diciéndole al paciente que repita dos trabalenguas usados con frecuencia.

Confusión derecha-izquierda:

El examinador, con sus manos cruzadas en el tórax, le indica al paciente que con su mano izquierda, toque la mano izquierda del explorador. Si hay dificultad para lograr esto, se considera que está presente este fenómeno.

Movimientos musculares anormales en reposo:

Se le pide al paciente que junte sus pies, mantenga la cabeza erguida, con los ojos cerrados, las extremidades superiores a la altura de los hombros y los dedos de ambas manos abiertos durante un minuto. Si aparecen movimientos coreicos²⁰ en las extremidades superiores, cabeza, cuello o tronco, se consideran signos positivos.

Dificultad para oponer los dedos:

De una mano al pulgar correspondiente.

Dificultad en la pronación-supinación alterna repetida:

Se le pide al paciente que golpee varias veces la palma de su mano derecha con la palma de la mano izquierda, y luego volteando la mano izquierda, golpee con el dorso de esa mano, la palma de la mano derecha varias veces. Luego se hace lo mismo sobre la palma de la mano izquierda.

²⁰ Movimientos rápidos involuntarios.

Dificultad para realizar movimientos repetitivos:

Con la punta de los pies, se sugiere golpear el piso repetidamente, tanto con el izquierdo, como con el derecho, y con ambos simultáneamente.

2.5.2 Criterios diagnósticos

Actualmente, existen dos manuales de criterios diagnósticos que, en lo esencial, son muy similares, y tienen por objeto, permitir un registro estadístico más o menos confiable y mejorar la comunicación entre profesionales. Sin embargo, en la práctica clínica, las personas esquizofrénicas, tienen una riqueza sintomática que excede largamente el contenido de los manuales. Hay además, una gran variedad de cuadros, que pueden estar a medio camino de las categorías nosológicas contenidas en ellos. Estos manuales son el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)** de la Asociación Americana de Psiquiatría; y la **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)** de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-IV (Gelder, M. y otros, 2007).

2.5.2.1. Criterio según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión IV

Para diagnosticar una esquizofrenia, según el DSM-IV (Cohen, B., 2003), el cuadro de la persona, debe cumplir ciertos criterios:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes:

- Delirios.
- Alucinaciones auditivas.
- Discurso desorganizado, por ejemplo, frecuentes descarrilamientos o incoherencia.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

- Síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, que es una falta o disminución de respuesta emocional; alogia, falta o disminución de fluidez del habla; abulia, falta o disminución de la motivación (Diccionario de Medicina Dorland, 1986).

Cada uno de ellos, debe estar presente durante una parte significativa de tiempo, un período de un mes, o menos, si ha sido tratado con éxito. Sólo se requiere uno de estos síntomas, si los delirios son extraños, o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos, o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas (Cohen, B., 2003; Gelder, M. y otros, 2007).

B. Disfunción social y ocupacional:

Desde el comienzo de la alteración, una o varias áreas importantes de actividad, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. Cuando éste, es en la infancia o adolescencia, puede ocurrir el fracaso, en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento personal, académico o laboral (Belloch, A. y Sandín, B., 1996; Cohen, B., 2003).

C. Duración:

Persisten signos continuos de la alteración, durante al menos seis meses. Este período, debe incluir al menos, un mes de síntomas característicos, o menos, si se ha tratado con éxito. Además, puede incluir los períodos prodrómicos o residuales.

Durante estas etapas, los síntomas que se manifiestan, son sólo los negativos, o, dos o más de los característicos, presentes de forma atenuada, por ejemplo, creencias inusuales y experiencias perceptivas no habituales (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Para los subtipos de esquizofrenia el DSM-IV propone:

Tipo paranoide: Ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No predominan los síntomas negativos (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Tipo desorganizado: Predominan el lenguaje y comportamiento desorganizados, afectividad inadecuada (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Tipo catatónico: Predominan las alteraciones motoras (inmovilidad o actividad excesiva) (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007; Zoch, C., 1980).

2.5.2.2. Criterios según la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10

La CIE 10 considera los siguientes síntomas, sin ser patognomónicos²¹, de especial valor para el diagnóstico de esquizofrenia (Ferrari, H. A., 1997; Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007):

- Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- Ideas delirantes, voces alucinatorias.
- Interceptaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, lenguaje incoherente.
- Manifestaciones catatónicas.
- Síntomas negativos, marcada apatía, aislamiento social.

Para los subtipos de esquizofrenia, la CIE 10 exige (Belloch, A. y Sandín, B., 1996):

Esquizofrenia paranoide (F 20.0): Deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes, y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos (Donnoli, V., 1999; Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Esquizofrenia hebefrénica (F 20.1): Se observa la persistencia de síntomas durante dos o tres meses (Brainin, J. E. y otros, 2000; Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

²¹ Característicos y necesarios para diagnosticar la enfermedad.

Esquizofrenia catatónica (F 20.2): Deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento: Estupor, excitación, catalepsia²² (Diccionario de Medicina Dorland, 1986), rigidez (Cohen, B., 2003; Hales, Y., 2004).

Esquizofrenia simple (F 20.6): Desarrollo progresivo, sin antecedentes de alucinaciones, cambios significativos en la conducta personal, marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social (Ferrari, H. A., 1997; Hales, Y., 2004; Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

2.5.3. Diagnóstico diferencial

A. Exclusión de causas médicas

Algunos de los síntomas de la esquizofrenia como las alucinaciones, delirios y asociaciones poco congruentes en los procesos de pensamiento, también pueden ser producidos por diversos cuadros psicológicos y clínicos (Brainin, J. E. y otros, 2000):

Enfermedades infecciosas: Entre ellas HIV, neurosífilis y encefalitis herpética (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I y II”; Harrison, J., 1998).

Trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC): Accidentes cerebrovasculares (apoplejías), lesiones en la cabeza y tumores cerebrales (sobre todo en áreas temporal y frontal, particularmente las que producen afasia²³) (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I y II”; Harrison, J., 1998).

Otras afecciones médicas: Epilepsia del lóbulo temporal; deficiencia de vitamina B12; intoxicación con monóxido de carbono, con metales pesados; corea de Huntington²⁴; enfermedad de Alzheimer; lupus eritematoso sistémico²⁵; esclerosis múltiple²⁶; mixedema (hipotiroidismo grave); encefalopatía por deficiencia de tiamina (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I y II”; Harrison, J., 1998).

²² Mantención voluntaria de posturas extravagantes e inadecuadas.

²³ Pérdida parcial o total de la capacidad de hablar por lesión cerebral.

²⁴ Enfermedad hereditaria rara caracterizada por corea (incesantes movimientos rápidos) progresiva y desmejoría mental que termina en demencia.

²⁵ Enfermedad autoinmune que afecta al tejido conjuntivo.

²⁶ Enfermedad del SNC por falta de mielina.

Para excluir las afecciones médicas se debe realizar una investigación clínica completa que incluya:

- Análisis de laboratorio (incluyendo biometría hemática y tasa de sedimentación).
- Pruebas de funcionamiento tiroideo, (entre ellas T3, T4, TSH).
- Prueba para descartar sífilis.
- Niveles de vitamina B12 y ácido fólico.
- Prueba de HIV.
- Detección toxicológica para descartar uso de drogas.
- Detección de metales pesados.
- Tomografía computarizada o Resonancia magnética.
- Electroencefalograma (EEG).

B. Exclusión de psicosis inducidas por drogas

Las drogas comunes que ocasionan psicosis, y por lo tanto simulan esquizofrenia, son esteroides, anfetaminas, cocaína, alucinógenos como LSD entre otros (Brainin, J. E. y otros, 2000).

C. Exclusión de otros trastornos psiquiátricos

Los estados psicóticos se producen también en otros trastornos psiquiátricos y a veces el examen del estado mental no es suficiente para diferenciarlos. La psicosis parece ser una “ruta final común”, en distintas enfermedades: el trastorno bipolar, la depresión, trastornos de la personalidad, producen síntomas similares de paranoia, pensamientos desorganizados, alucinaciones y respuestas emotivas perturbadas (Ferrari, H. A., 1997).

2.6. CAPÍTULO SEXTO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

2.6.1. Tratamiento integral

El tratamiento de la esquizofrenia debe hacerse simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y consiste en: a) eliminar los síntomas una vez que se han presentado; b) prevenir la aparición de nuevas crisis; y c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global (Ferrari, H. A., 1997).

Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento de la interacción social, frecuencia de rehospitalizaciones, duración de las internaciones y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar (Zoch, C., 1980).

El tratamiento se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos o neurolepticos, los cuales controlan los síntomas activos. Además, es necesario, y a la vez complementario, que el enfermo reciba un tratamiento psico-social (psicológico, ocupacional y social). Es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es, que recupere sus hábitos de vida, es decir, la integración en sociedad.

2.6.2. Receptores dopamínicos

Gracias a los avances de la tecnología médica, actualmente los científicos son capaces de visualizar mejor que nunca el funcionamiento del cerebro, y sus posibles alteraciones. La esquizofrenia, es precisamente una de las enfermedades mentales cuyas causas se están empezando a revelar con más claridad. Un equipo de científicos japoneses, acaba de dar un extraordinario paso adelante en esta dirección. Utilizando la tomografía por emisión de positrones (PET) han conseguido visualizar claramente los cerebros de varios esquizofrénicos y han descubierto cómo la alteración de un receptor cerebral está claramente relacionada con la aparición de este trastorno (Jauregui, P., 1997) (Figura 2).

Los receptores dopaminérgicos D1 y D2 son claves en el entendimiento de la enfermedad. Las imágenes del PET demostraron una deficiencia clara en la actividad de los receptores D1 en el cerebro de los pacientes enfermos (Jauregui, P., 1997).

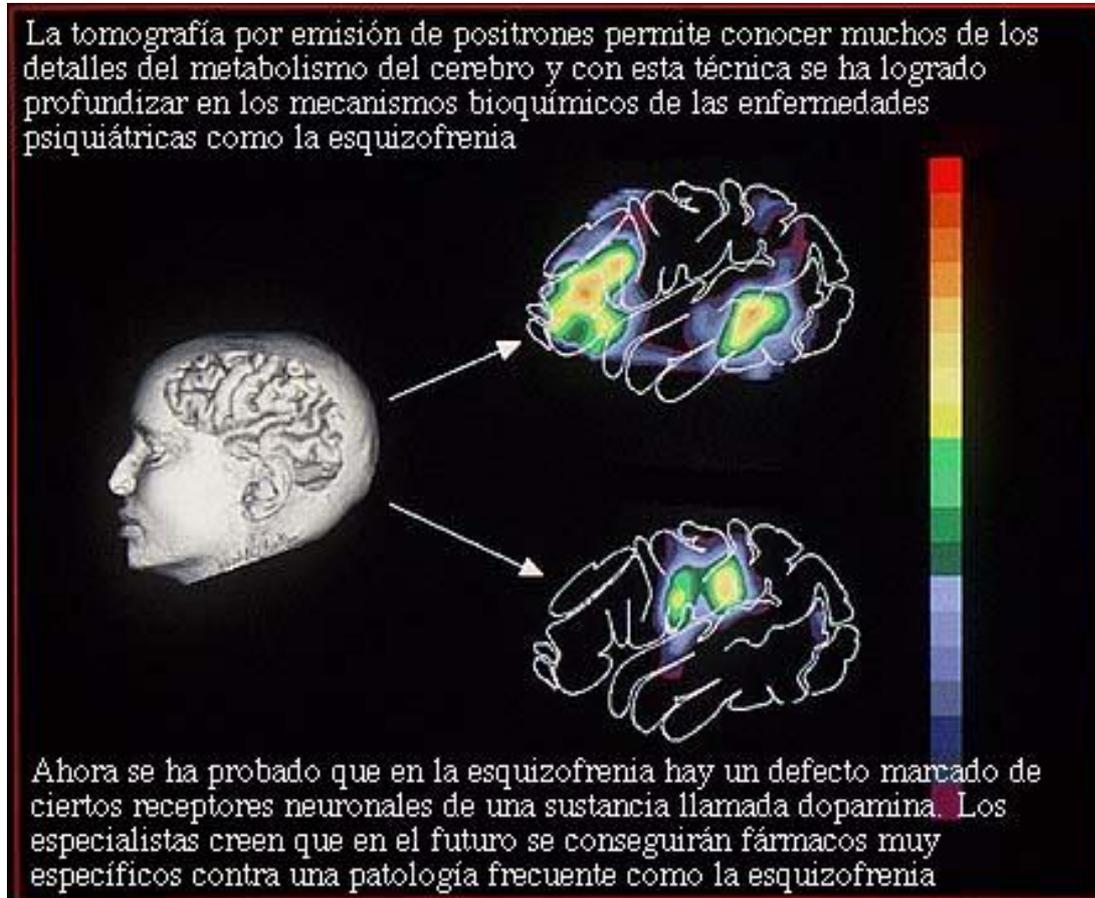


Figura 2. Tomografía por emisión de positrones (PET).

Fuente: Jauregui, P., 1997.

2.6.3. Neurolépticos.

Los *antipsicóticos* (Moizeszowicz, J., 2000) llamados también *neurolépticos* o *tranquilizantes mayores*, controlan los síntomas de la esquizofrenia. Aunque no constituyen una cura, inducen la remisión de los síntomas psicóticos, y también ayudan a prevenir su recurrencia.

2.6.3.1 Acciones terapéuticas de los neurolépticos

El efecto de estos medicamentos, se describe como tranquilizador, para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores.

Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción, prácticamente desaparecen con los fármacos. Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas.

Estos fármacos llegan al cerebro y bloquean diversos receptores celulares para neurotransmisores. Se destaca la acción sobre receptores para la dopamina, (en especial receptores D2), y para la serotonina (Hales, Y., 2004; Moizeszowicz, J., 2000).

2.6.3.1.1. Acción sobre el sistema nervioso central

Acción sedante: Esta acción produce en el hombre lentificación del pensamiento y disminución del comportamiento operativo. La somnolencia es mayor al comienzo del tratamiento. Estas drogas deterioran la vigilancia, en sujetos que realizan diversas tareas, como lo demuestran las pruebas que miden los tiempos de reacción. Producen relativamente, poco deterioro en la función intelectual (Moizeszowicz, J., 2000).

Acciones sobre el sueño: Si bien el efecto sobre las formas del dormir, no es constante, tienden a normalizar las perturbaciones del sueño, características de muchas psicosis.

Según su potencia, algunos neurolépticos, pueden prolongar y aumentar el efecto de drogas hipnóticas y opiáceas (Moizeszowicz, J., 2000).

Acción alucinolítica y antidelirante: Gradualmente los síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, van disminuyendo y tienden a desaparecer (Hales, Y., 2004; Moizeszowicz, J., 2000).

Acción sobre el electroencefalograma: Muchos neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo, e inducir formas de descarga en el EEG, asociadas a trastornos convulsivos epilépticos. Las fenotiazinas²⁷ de baja potencia, (ejemplo la *clorpromazina*), son las que disminuyen con mayor intensidad el umbral convulsivo en pacientes que presentan antecedentes epilépticos. Esta es la razón, por la cual en estos pacientes deben evitarse o emplearse con grandes precauciones (Moizeszowicz, J., 2000).

Acción extrapiramidal: El bloqueo dopaminérgico sobre los ganglios basales, que son los que controlan la postura y los movimientos involuntarios, produce síndromes que se caracterizan por (Ferrari, H. A., 1997; Pérsico, C., 1995):

- Hipocinesias: Movilidad patológicamente disminuida.
- Discinesias²⁸ precoces.
- Discinesias tardías: Movimientos repetitivos involuntarios, de la musculatura facial, bucal y cervical.

Actualmente, existen fármacos, como *clozapina*, *risperidona*, *olanzapina*, que no los producen (Moizeszowicz, J., 2000).

Acción antiemética: La mayoría de los neurolépticos tienen una marcada acción contra los efectos inductores de náuseas y vómitos (Moizeszowicz, J., 2000).

Acción analgésica: Tienen acción analgésica propia y potencian a los analgésicos que actúan centralmente (en especial los de tipo morfínico) (Ferrari, H. A., 1997; Hales, Y., 2004).

²⁷ Tipo de neurolépticos

²⁸ Trastorno de la capacidad para efectuar movimientos voluntarios, que origina movimientos fragmentarios o incompletos.

Acción anestésica: La mayoría de los antipsicóticos tienen efectos anestésicos locales, llamados estabilizadores de membrana, sobre todo con altas concentraciones. Además facilitan la penetración en el SNC de anestésicos, curarizantes²⁹ y barbitúricos³⁰ (Diccionario de Medicina Dorland, 1986; Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol II”; Moizeszowicz, J., 2000).

Acción hipotermizante: La disminución del tono muscular y la vasodilatación periférica, ayudan a la hipotermia (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I”).

2.6.3.1.2. Acción sobre el sistema endocrino

Los neurolépticos actúan sobre el hipotálamo, inhibiendo la producción del factor de inhibición de liberación de prolactina³¹, (PIF) y de la hormona liberadora de corticotrofina³² (Boeree, G., 2000; Diccionario de Medicina Dorland, 1986).

El aumento de prolactina produce galactorrea³³ y amenorrea³⁴ con disminución de las gonadotropinas³⁵ y de los niveles de estrógeno y progesterona. Llega a bloquear la ovulación y el ciclo estrogénico en la mujer y produce aumento del tamaño testicular y mastitis en el hombre.

Deben evitarse en las pacientes con carcinoma de mama comprobado (Boeree, G., 2000; Diccionario de Medicina Dorland, 1986; Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I”).

Actúan en forma directa sobre la hipófisis. Aumentan el apetito y el peso, al afectar el metabolismo hidrocarbonatado con alteración de la curva de sobrecarga a la glucosa y bloqueo de liberación de insulina, en pacientes prediabéticos.

²⁹ Relajantes musculares.

³⁰ fármacos hipno-sedantes y con propiedades anticonvulsivantes

³¹ Hormona de la hipófisis que estimula la lactancia.

³² Hormona secretada por la adenohipófisis. Actúa sobre la corteza suprarrenal, estimulando la secreción de corticosteroides.

³³ Flujo excesivo y espontáneo de leche independiente de la lactancia.

³⁴ Falta o suspensión anormal de la menstruación.

³⁵ Hormona que estimula las gónadas.

Pueden, además, ocasionar edemas periféricos. Inhiben la liberación de somatotropina³⁶ y pueden reducir la secreción de la hormona liberadora de corticotrofina, en respuesta al estrés (Boeree, G., 2000; Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol II”).

2.6.3.1.3. Otras acciones

Acción sobre el aparato cardiovascular

Las fenotiazinas, en especial la *clorpromazina*, producen hipotensión arterial y pueden ocasionar taquicardia refleja³⁷ (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I”; Ferrari, H. A., 1997; Hales, Y., 2004).

La *clorpromazina* posee un efecto antiarrítmico, similar al de la *quinidina*³⁸ y produce alteraciones del electrocardiograma (ECG): alargamiento del segmento PR³⁹, ensanchamiento del complejo QRS⁴⁰ y achatamiento de la onda T⁴¹ (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 “Vol I”; Gelder, M. y otros, 2007).

Acción sobre los riñones

Tienen un leve efecto diurético, debido a una acción inhibitoria sobre la secreción de la hormona antidiurética.

2.6.3.2. Clasificación de neurolépticos

Se distinguen dos grandes grupos de antipsicóticos: Los llamados **clásicos o típicos**, que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos D2, son muy eficaces para el control de los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios. Los **atípicos**, que actúan sobre receptores serotoninérgicos, producen menos efectos secundarios, y son más eficaces con los síntomas negativos (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

³⁶ Hormona del crecimiento.

³⁷ Taquicardia producida por trastornos fuera del sistema circulatorio o como mecanismo del sistema nervioso autónomo para compensar una hipotensión arterial.

³⁸ Antiarrítmico grupo 1 A.

³⁹ Segmento del electrocardiograma.

⁴⁰ Complejo del electrocardiograma.

⁴¹ Onda del electrocardiograma.

2.6.3.2.1. Clasificación de neurolépticos típicos o clásicos

Sedativos (Baja potencia). Producen hipotensión ortostática (Boeree, G., 2000; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

Clorpromazina.

Levomepromazina.

Prometazina.

Clozapina (atípico).

Incisivos (Alta potencia). Acción alucinófica y antidelirante. Producen reacciones extrapiramidales (Boeree, G., 2000; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

Haloperidol.

Bromperidol.

Trifluoperazina.

Pimozida.

Penfluridol.

Pipotiazina.

Sulpirida.

De transición: Comparten efectos sedativos y antipsicóticos (Boeree, G., 2000; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowich, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

Clotiapina.

Tioridazina.

Risperidona. (atípico).

Loxapina.

De depósito (Boeree, G., 2000; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

Haloperidol decanoato.

Bromperidol decanoato.

Pimozida.

Penfluridol.

Pipotiazina.

2.6.3.2.2. Clasificación de neurolépticos atípicos

Se caracterizan por poseer un bloqueo dopaminérgico selectivo, producen menos efectos neurológicos y actúan sobre síntomas negativos resistentes. Se clasifican según los receptores sobre los que ejerce su acción (Boeree, G., 2000; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

Receptores D1 y D2 de dopamina y 5-HT de serotonina:

Clozapina.

Melperone.

Olanzapina.

Quetiapina.

Savoxepina.

Zotepina.

Zyprasidona

Risperidona

Acción selectiva sobre receptor D2 de dopamina:

Amisuprida.

Sulpirida.

Sultoprida.

Racloprida.

2.6.3.3. Mecanismos de acción de los neurolépticos

Los neurolépticos típicos o clásicos bloquean diferentes tipos de receptores, principalmente dopaminérgicos lo que va a condicionar tanto su acción terapéutica antipsicótica como sus efectos secundarios: cuadros extrapiramidales, hipotensión ortostática, galactorrea, sedación y otros (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

Los neurolepticos atípicos o nuevos se caracterizan por: 1) acción antipsicótica, 2) pocos efectos extrapiramidales, 3) escasamente o directamente no modifican los niveles de prolactina y 4) tienen baja capacidad de inducir catalepsia en los animales. Al actuar sobre receptores de serotonina, producen menos efectos neurológicos y controlan la sintomatología negativa de la esquizofrenia (*clozapina, olanzapina, risperidona*). La *clozapina* y la *olanzapina*, han demostrado su eficacia antipsicótica en pacientes refractarios a los neurolepticos clásicos. Un problema de la *clozapina* es la agranulocitosis⁴² que se presenta en algunos pacientes (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

2.6.3.4. Reacciones adversas

Estos medicamentos producen efectos secundarios, en un porcentaje variable de casos, que llega hasta el 90 %. Se deben a su acción sobre los receptores, en los ganglios basales y el hipotálamo.

Hay reacciones que aparecen en la primera fase del tratamiento con neurolepticos, y otros, en casos de tratamientos de larga duración. La mayoría aparece durante las primeras semanas. Hay que mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento. Además, están los trastornos circulatorios, visuales, estreñimiento y dificultades para orinar.

Los antipsicóticos clásicos, confieren un mayor riesgo de efectos secundarios neurológicos o extrapiramidales (Harrison, J. 1998; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

Algunos de los efectos extrapiramidales son distonía⁴³, acatisia⁴⁴, síntomas parkinsonianos (simulan Parkinson), síndrome neuroleptico maligno⁴⁵ y una incapacidad para quedarse quieto (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

⁴² Disminución notable de granulocitos (tipos de glóbulos blancos con gránulos neutrófilos).

⁴³ Movimientos que simulan muecas.

⁴⁴ Intranquilidad motora, temblor.

⁴⁵ Complicación grave producida por antipsicóticos que se caracteriza por rigidez y alteración de la conciencia.

La discinesia tardía, es un trastorno crónico del sistema nervioso, caracterizado por movimientos involuntarios de sacudida, principalmente de la cara, lengua y mandíbula. A menudo, se considera un efecto secundario neurológico de los antipsicóticos típicos; sin embargo, es en realidad un fenómeno único y diferente (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

La distonía es una alteración del tono muscular, caracterizada por espasmos tónicos involuntarios e irregulares, que se producen en determinados grupos musculares, frecuentemente el tronco. Es más común en varones jóvenes, con neurolépticos de alta potencia (*haloperidol*).

La acatisia es una sensación subjetiva de inquietud, que se acompaña de movimientos observables y no controlables, como mover las piernas de manera incesante e incapacidad para permanecer sentado o de pie.

Los síntomas parkinsonianos se caracterizan por hipocinesia⁴⁶, temblor y rigidez muscular, similar a lo observado en los pacientes de Parkinson y más frecuentes en mujeres.

El síndrome neuroléptico maligno es una rara complicación, a veces mortal, asociada a altas dosis de potentes antipsicóticos. Clínicamente cursa con rigidez muscular, hipertermia, fluctuación del nivel de conciencia, y disfunción autonómica (Caroff, S., Mann, S. & Campbell, E., 2001; Nicholson, D. & Chiu, W., 2004).

Las convulsiones es otro efecto importante y se deben a que los neurolépticos, sobre todo los de baja potencia (*clorpromazina*, y *clozapina*), disminuyen el umbral de las crisis convulsivas, efecto dosis dependiente. Este riesgo, debe considerarse especialmente en pacientes epilépticos, o con lesiones cerebrales orgánicas (Baldessarini, R. J. & Frankenburg, R. R., 1999).

Entre otros efectos, se puede nombrar, aumento de sensibilidad a la luz solar, alteraciones hematológicas (Brainin, J. E. y otros, 2000) como leucopenia⁴⁷ y agranulocitosis.

⁴⁶ Movilidad patológicamente disminuida.

⁴⁷ Disminución de glóbulos blancos.

Además producen incremento de peso, alteraciones del electrocardiograma (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 "Vol I"; Harrison, J., 1998); limitaciones en el ámbito sexual, como pérdida de la excitabilidad normal. Algunos medicamentos, también pueden provocar lo contrario, es decir, una excitación constante. Para las mujeres, es importante recordar, que la toma de neurolépticos, lleva a irregularidades en la menstruación, e incluso a amenorreas.

2.6.4. Esquema de tratamiento para la esquizofrenia

Si bien el *haloperidol* por ser un potente antipsicótico se sigue empleando al comienzo de la sintomatología, actualmente debido a su poca sedación y a sus efectos extrapiramidales, el esquema moderno emplea para un brote psicótico agudo alguno de los siguientes, administrado por vía oral (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995):

- *Clozapina*: 150 a 600 mg por día en tres tomas.
- *Olanzapina*: 10 a 20 mg por día en dos tomas.
- *Zyprasidona*: 80 a 160 mg por día en dos tomas.
- *Risperidona*: 4 a 8 mg por día en tres tomas.

Una vez cedida la fase aguda, estas dosis pueden reducirse gradualmente a la mitad. También puede luego pasarse a una forma de depósito, si la tolerancia ha sido buena.

En cuanto al tratamiento de mantenimiento, se puede proceder de dos formas: 1) suspender gradualmente toda la medicación una vez superado el brote agudo; 2) dar una dosis de mantenimiento permanente durante un plazo de 6 meses hasta dos años y evaluar. Esta medicación puede ser una única toma oral o ser una forma inyectable mensual de depósito.

Según la necesidad, estos antipsicóticos pueden ir asociados con ansiolíticos y eventualmente con un hipnótico (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

2.6.5 Otros medicamentos

Hay muchas drogas que producen efectos sobre la actividad psíquica, y no son neurolépticos. Pueden usarse como coadyuvantes en el tratamiento o para contrarrestar sus efectos adversos (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Pérsico, C., 1995). A continuación se citan los principales grupos de medicamentos que pueden utilizarse:

1. Ansiolíticos.
2. Antidepresivos.
3. Antimaníacos.
4. Antiparkinsonianos.
5. Hipnóticos.
6. Anticonvulsivantes y antiepilépticos.

2.6.5.1 Ansiolíticos.

La ansiedad es un complejo de sensaciones subjetivas, como tensión, temor, preocupación, dificultad para pensar y concentrarse. Se acompaña de signos y síntomas de la conducta (temblor, tensión muscular, desasosiego, fatiga, hiperactividad autonómica).

Las **benzodiazepinas** (BZ) o simplemente *diazepinas*, principales medicamentos de este grupo, son drogas ansiolíticas, sedantes e hipnóticas (Ferrari, H. A., 1997; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Pérsico, C., 1995). Se utilizan solas o en combinación con antipsicóticos. A dosis elevadas, minimizan la agitación, los trastornos del pensamiento, las ideas delirantes y las alucinaciones. La respuesta individual es muy variable, y suelen ser más efectivas, como coadyuvante de los neurolépticos. Algunas de ellas son: *lorazepán*, *clonazepán* y *alprazolán*. El tratamiento con *diazepam*, puede ser útil para prevenir la progresión sintomática, en pacientes con esquizofrenia, que rechazan el tratamiento antipsicótico.

Las principales acciones clínicas son: sedantes; ansiolíticos; anticonvulsivantes; miorelajantes; hipnóforos, (inducen el sueño) y amnésicos (Moizeszowicz, J., 2000; Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

Las benzodiazepinas son drogas poco tóxicas, con un amplio margen de seguridad. Los efectos adversos se relacionan directamente con la automedicación y la medicación crónica o excesiva: exceso de sedación, somnolencia, cefalea, debilidad, visión borrosa, vértigo, náuseas, vómitos y dolor epigástrico (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

2.6.5.2 Antidepresivos

La depresión se manifiesta por síntomas subjetivos del estado de ánimo, cambios somáticos y psíquicos: alteraciones del sueño (insomnio), anorexia, aumento o disminución de peso, alteraciones gastrointestinales, fatiga, pérdida del interés, menor capacidad para concentrarse y pensar, y alejamiento de actividades y relaciones interpersonales. Se produce debido a cambios bioquímicos que ocurren en el cerebro (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

Los antidepresivos son psicofármacos que no sólo se utilizan en el tratamiento de la depresión, sino que además, algunos de ellos, se indican para el tratamiento de otras afecciones como trastornos de ansiedad, pánico y también, para mejorar en algunos casos, los síntomas negativos de la esquizofrenia (Ferrari, H. A., 1997; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995).

Conforman un grupo grande de medicamentos. Entre los más utilizados se encuentran los **antidepresivos tricíclicos**, que en personas normales, producen moderada sedación, somnolencia y discreta euforia. En pacientes depresivos, sensación de bienestar, elevación del humor, mejoría del sueño y del apetito (Ferrari, H. A., 1997; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995). Entre sus efectos adversos, los más importantes son hipotensión y arritmias a nivel cardiovascular. Algunos de ellos son: *Amitriptilina, amoxapina, clomipramina y doxepina* (Ferrari, H. A., 1997).

Otro grupo de antidepresivos, los **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, son la alternativa a utilizar cuando el paciente no tolera los efectos sedantes de los tricíclicos, o cuando presenta una enfermedad cardiovascular que contraindica su empleo. Algunos de ellos son: *fluoxetina, sertralina y paroxetina* (Ferrari, H. A., 1997; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995).

2.6.5.3 Antimaníacos

El principal antimaníaco es el *carbonato de litio*, muy usado en el tratamiento y profilaxis de los enfermos con trastornos bipolares, ya que los antipsicóticos, aunque útiles para tratar los episodios maníacos, son ineficaces como profilácticos en el trastorno bipolar. Recientemente ha podido comprobarse que dos fármacos antiepilépticos, la *carbamazepina* y el *ácido valproico*, también poseen actividad antimaníaca. Estos medicamentos, llamados también anticíclicos, se emplean para tratar o prevenir los trastornos afectivos mayores, y para revertir conductas agresivas en esquizoafectivos (Moizeszowicz, J., 2000; Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Algunos estudios muestran su acción sobre el ritmo circadiano (ciclo sueño-vigilia, temperatura corporal, secreción de cortisol⁴⁸), que se encuentra alterado en los trastornos afectivos. Por ejemplo, en la manía siguen un patrón anárquico. El litio lentifica el ciclo sueño-vigilia en sujetos sanos, por lo que se cree que la acción sobre estos ritmos, puede ser responsable de su eficacia clínica. En cuanto a su acción antiagresiva, se sugiere que se relaciona con la disminución que genera en los niveles de testosterona y también con el aumento en la liberación de serotonina (Brage, R. y Trapero, I., 2009; Organización Mundial de la Salud, 1992).

El *carbonato de litio* se indica en varios trastornos, entre ellos se puede citar el Trastorno Bipolar, el Episodio Maníaco, la Depresión Resistente, Agresividad e Impulsividad (Brage, R. y Trapero, I., 2009).

Es importante la relación de este fármaco con el sodio: Una disminución de éste, aumenta la reabsorción de litio. Su eliminación por sudor es mayor que la de sodio. Por lo tanto, en condiciones de intensa sudoración, la concentración sanguínea de litio tiende a declinar. Un aumento en la carga de sodio, incrementa la eliminación de litio; por esto ante niveles tóxicos de litio, las primeras medidas terapéuticas consisten en administrar sal común o soluciones salinas por vía parenteral (Psicoactiva, 2012).

⁴⁸ Glucocorticoide producido por la corteza suprarrenal.

Su administración debe ser cuidadosa porque su margen terapéutico es estrecho (Vademécum, 2009):

Margen terapéutico: 0,6 a 1,2 mEq/l.

Nivel tóxico leve: 1,2 a 1,5 mEq/l.

Nivel tóxico grave: 1,7 a 2 mEq/l.

El efecto secundario característico del litio es un temblor fino en las manos, que se agrava con el cansancio, la ansiedad y la cafeína, y puede entorpecer la realización de tareas delicadas. Disminuye con el pasar del tiempo. El temblor distal es más frecuente en pacientes con antecedentes de temblores esenciales o familiares (Vademécum, 2009).

2.6.5.4 Antiparkinsonianos

En la enfermedad de Parkinson, existe un déficit selectivo de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y el hipotálamo.

El temblor, la rigidez y la bradicinesia (lentitud para iniciar y ejecutar los movimientos corporales), constituyen la tríada clásica de la enfermedad. Otros síntomas son sialorrea⁴⁹, disartria⁵⁰, fascie de máscara⁵¹, alteración de la marcha, depresión (Brage, R. y Trapero, I., 2009; Meirovich, C. y Montrull, H., 1995).

La aparición de síndromes parkinsonoides, como reacciones adversas a fármacos con actividad en SNC, abrió las vías de investigación adecuadas, para que hoy se disponga de un arsenal terapéutico, suficiente para tratar la mayoría de estos síndromes.

En el parkinsonismo se incluyen la enfermedad de Parkinson; los síndromes parkinsonoides derivados de la ingesta de diversos medicamentos, entre ellos algunos neurolépticos; síndromes coreicos; parkinsonismo post encefálico (producido por una encefalitis viral); y algunas intoxicaciones (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Pérsico, C., 1995).

⁴⁹ Producción excesiva de saliva.

⁵⁰ Alteración en la articulación de las palabras.

⁵¹ Fascie parkinsoniana: Cara inexpresiva, sin movimiento de los músculos faciales.

Entre los fármacos antiparkinsonianos que suelen usarse para mejorar las reacciones adversas de los neurolépticos, se encuentran *L-dopa*, *bromocriptina*, *amantadina* y *biperideno* (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Pérsico, C., 1995).

2.6.5.5 Hipnóticos

Son medicamentos que causan sueño o pérdida parcial del conocimiento. Estos fármacos incluyen benzodiazepinas (ya nombradas al hablar de ansiolíticos, sección 2.6.5.1) y no benzodiazepinas.

Los hipnóticos sólo se deben tomar bajo la supervisión de un médico. Pueden ser peligrosos cuando se mezclan con alcohol o entre sí, ya que pueden llevar a un exceso de somnolencia (sedación) e incluso a la muerte (Mahowald, M. W., 2007; Vademécum, 2009).

En general, las benzodiazepinas son medicamentos seguros y eficaces para el insomnio y algunos trastornos de ansiedad; sin embargo, su uso diario y prolongado puede llevar a la adicción en algunas personas (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

Los hipnóticos no benzodiazepínicos son medicamentos más nuevos, que pueden mejorar el insomnio con menos efectos secundarios. Sin embargo, algunas veces causan comportamientos peligrosos o extraños, como conducir, hacer llamadas telefónicas o comer estando dormido. En general, estos fármacos se recomiendan para su uso a corto plazo (1 a 4 semanas). Algunos de ellos son: *zaleplon*, *zolpidem*, *eszopiclona* y *Ramelteon* (Meirovich, C. y Montrull, H., 1995; Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995; Vademécum, 2009).

2.6.5.6 Anticonvulsivantes y antiepilépticos

La epilepsia es un síndrome neurológico, integrado por paroxismos, que comienzan en forma repentina, se interrumpen espontáneamente, y tienden a reiterarse. El signo característico es la presencia de convulsiones, que pueden ser reemplazadas o acompañadas por otros síntomas sensoriales, psíquicos, autonómicos y sensitivos (Farreras, P. y Rozman, C., 2008 "Vol II"; Harrison, J., 1998).

Las convulsiones son contracciones repentinas, violentas, involuntarias y dolorosas, de un músculo o grupo muscular. Pueden ser de tipo mixto: tónico (persistente) y clónico (alternan contracción y relajación) (Farreras, P. y Rozman, C., 2008. "Vol II"; Harrison, J., 1998).

Las convulsiones forman parte de los efectos adversos de los neurolépticos, por lo tanto en el tratamiento de la esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos, suelen incluirse (Moizeszowicz, J., 2000).

Los anticonvulsivantes más usados son: *carbamazepina*, *clonazepán*, *ácido valproico* y *valproatos*, *oxcarbazepina* y *gabapentín* (Moizeszowicz, J., 2000; Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.6.6 Características de algunos neurolépticos

2.6.6.1 Neuroléptico típico

Haloperidol

Es un potente antagonista de los receptores dopaminérgicos centrales, con actividad sobre delirios y alucinaciones. Produce una eficaz sedación psicomotriz, que explica su favorable efecto en manía y otros síndromes de agitación. *Haloperidol* posee también actividad sedativa neuroléptica, y ha demostrado ser útil como adyuvante en el tratamiento del dolor crónico (Alberca Serrano, R., 1998).

La actividad sobre los ganglios basales, probablemente sea la razón de los indeseables efectos motores extrapiramidales, (disonía, acatisia y parkinsonismo) (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

Es un fármaco que cruza fácilmente la barrera hematoencefálica y se excreta con las heces y con la orina (Vademécum, 2009).

Indicaciones (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009)

- Ansiedad: tratamiento sintomático coadyuvante de la ansiedad grave en caso de ineficacia de las terapéuticas habituales.

- Agitación psicomotora: estados maníacos, delirium tremens⁵².
- Psicosis: agudas y crónicas. Delirio crónico, delirios paranoide y esquizofrénico.
 - Movimientos anormales: tics motores, tartamudeo y síntomas del síndrome de Gilles de la Tourette⁵³ y coreas⁵⁴ relacionados.
 - Anestesia: en premedicación y mezclas anestésicas.
 - Esquizofrenia: esquizofrenia crónica que no responde a la medicación antipsicótica normal, preferiblemente en menores de 40 años.
 - Psicosis agudas: tratamiento de ataque.

Efectos adversos

Los efectos adversos del *haloperidol* son frecuentes y moderadamente importantes (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009). Las reacciones secundarias más características son: somnolencia, sedación, sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento. Los síntomas extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia y distonía están relacionados con las dosis.

Ocasionalmente produce ictericia colestática⁵⁵, a veces con eosinofilia⁵⁶ (durante el primer mes de tratamiento), leucopenia transitoria, fotodermatitis, urticaria, erupciones acneiformes, erupciones maculopapulares⁵⁷, prurito, angioedema⁵⁸, insomnio, mareos e íleo paralítico⁵⁹ (Diccionario de Medicina Dorland, 1986; Vademécum, 2009).

Raramente produce taquicardia, arritmias, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, alteraciones respiratorias y convulsiones.

⁵² Trastorno mental agudo caracterizado por delirio con temblor y gran excitación, acompañado de ansiedad, perturbación mental, sudoración y dolor precordial.

⁵³ Síndrome consistente en tics faciales y vocales, que se inicia durante la infancia y progresa hasta sacudidas generalizadas en cualquier parte del cuerpo.

⁵⁴ Corea: Enfermedad caracterizada por la aparición incesante de gran diversidad de movimientos rápidos e involuntarios.

⁵⁵ Ictericia (coloración amarillenta de la piel, por depósito de pigmentos biliares) resultante de anomalías del flujo biliar, con prurito e hipercolesterolemia variable.

⁵⁶ Número excesivo de eosinófilos (tipo de glóbulos blancos) en sangre.

⁵⁷ Erupción que se presenta con máculas y pápulas.

⁵⁸ Edema angioneurótico, por alteración neurológica que afecta el sistema vascular.

⁵⁹ Obstrucción de los intestinos por inhibición de la motilidad intestinal.

El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún episodio de fiebre (41°C), rigidez muscular grave con alteraciones respiratorias (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

2.6.6.2 Neurolépticos atípicos

Clozapina

Actualmente, se considera el prototipo del antipsicótico atípico y un fármaco de reserva por su especial toxicidad (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

Indicaciones:

El tratamiento con *clozapina*, está indicado sólo en pacientes esquizofrénicos resistentes a otros tratamientos, es decir pacientes que no responden a los neurolépticos o que no los toleran; y esquizofrenias con graves efectos extrapiramidales, por otros antipsicóticos.

Se recomienda su inicio gradual, partiendo de dosis muy bajas, para mejorar su aceptación por el paciente, quien, además, debe realizarse un análisis de sangre semanal, por el riesgo de agranulocitosis, durante los primeros cuatro meses y mensual durante todo el resto del tratamiento (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

Efectos adversos:

Hematológicos: El desarrollo de granulocitopenia y agranulocitosis, es un riesgo inherente al tratamiento con *clozapina*. Aún cuando suele ser reversible al interrumpir el fármaco, la agranulocitosis puede producir sepsis⁶⁰, y ésta puede ser mortal. Además pueden presentarse leucocitosis⁶¹ y eosinofilia inexplicadas, particularmente durante las primeras semanas de tratamiento. Muy raramente *clozapina* puede causar trombocitopenia⁶².

⁶⁰ Severa infección sanguínea.

⁶¹ Aumento en el recuento de leucocitos (glóbulos blancos).

⁶² Disminución de las plaquetas sanguíneas.

Sistema nervioso central: Fatiga, somnolencia y sedación, son los efectos secundarios observados con mayor frecuencia y también suelen presentarse mareo o cefalea. La *clozapina* puede producir alteraciones en el EEG; desciende el umbral de convulsión en forma dependiente de la dosis; y puede inducir contracturas mioclónicas⁶³ o crisis generalizadas. En este caso, debe disminuirse la dosis, y si es necesario, iniciar el tratamiento anticonvulsivante. En raros casos puede causar confusión, inquietud, agitación y delirio. Pueden presentarse los síntomas extrapiramidales, pero son más leves y menos frecuentes que los observados con los neurolépticos clásicos (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

Sistema nervioso autónomo: Puede aparecer sequedad de boca, visión borrosa y trastornos en la regulación del sudor y de la temperatura. La sialorrea es un efecto secundario farmacológicamente inesperado, pero relativamente frecuente.

Sistema cardiovascular: Pueden presentarse taquicardia, hipotensión postural y alteraciones en el electrocardiograma. Se han descrito casos aislados, (pocos fatales), de arritmias, pericarditis⁶⁴ y miocarditis⁶⁵ (con o sin eosinofilia) (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

Zypraxidona

Bloquea el receptor D2 de dopamina, que se relaciona clínicamente con la acción sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia, pero también, con el incremento de la secreción de prolactina, y muy especialmente, con la aparición de efectos adversos sobre el movimiento de tipo extrapiramidal, tan característicos de los antipsicóticos convencionales. Además, el bloqueo de los receptores de serotonina, se relaciona con el control de los síntomas de tipo negativo, y con la neutralización de los efectos neurológicos (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

⁶³ Contracciones espasmódicas de una parte de un músculo, de todo o de un grupo de músculos, que se restringen a una región del cuerpo, o que aparecen de manera sincrónica o asincrónica en diversas regiones.

⁶⁴ Inflamación del pericardio (saco fibroso que rodea al corazón).

⁶⁵ Inflamación del miocardio o de las paredes musculares del corazón.

Es importante resaltar que prácticamente desaparecen los efectos anticolinérgicos, lo que reduce los riesgos de toxicidad asociada a esa actividad (taquicardia, estreñimiento, sequedad de boca, retención urinaria).

Indicaciones:

- Tratamiento de la esquizofrenia.
- Episodios maníacos.
- Trastorno bipolar.

Efectos adversos

La reacción adversa más común es la somnolencia. Con menos frecuencia, se observan astenia⁶⁶, mareos, cefaleas, fiebre, dolor y reacciones de hipersensibilidad (Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

En aparato digestivo, con frecuencia se observa estreñimiento, sequedad de boca, dispepsia, sialorrea, náuseas y vómitos. Son poco comunes los efectos musculoesqueléticos: alteraciones de las articulaciones, calambres musculares, sobre todo en las piernas, y además mialgia⁶⁷ y miastenia⁶⁸. En órganos de los sentidos puede aparecer visión borrosa (frecuente), y raramente, conjuntivitis, ambliopía⁶⁹ y déficit de vitamina A (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007; Moizeszowicz, J., 2000; Vademécum, 2009).

2.6.7 Recomendaciones en la intervención farmacológica

La medicación antipsicótica debe ser prescrita siempre que sea posible, de manera no coercitiva, en combinación con intervenciones psicosociales, que incluyan estrategias de promoción de la adherencia.

Está indicada para casi todos los pacientes que experimentan una recaída aguda; la elección de la medicación debe guiarse por las características individuales de cada paciente.

⁶⁶ Falta o pérdida de fuerza y energía; debilidad.

⁶⁷ Dolor en uno o varios músculos.

⁶⁸ Debilidad muscular.

⁶⁹ Disminución de la agudeza visual, sin lesión orgánica demostrable del ojo.

El peso y el índice de masa corporal, deben ser medidos al inicio del tratamiento, después mensualmente durante seis meses y, a partir de entonces, cada tres meses. La consulta con un dietista es aconsejable, así como fomentar la realización de ejercicio físico regular. También puede ser necesario considerar una medicación con un menor riesgo de incremento de peso, si éste no se modifica o es notable. Deberán tratarse con el paciente los pros y los contras, y proporcionarle apoyo psicosocial (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

La glucemia plasmática en ayunas y los perfiles lipídicos deben medirse al inicio, así como a intervalos regulares durante su curso.

Una valoración inicial óptima, debería incluir una resonancia magnética, un electrocardiograma, una valoración neurocognitiva y un examen neurológico de trastornos neurológicos y motores.

Los tratamientos farmacológicos deben ser instaurados con extrema precaución en los pacientes que no se han sometido a ningún tratamiento previo, bajo el principio básico de producir el mínimo daño posible, al tiempo que se alcanza el máximo beneficio.

Esto significa la introducción gradual, con una explicación cuidadosa, de dosis bajas de medicación antipsicótica, junto con medicación antimaniaca o antidepresiva cuando estos síndromes estén presentes (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía.

Se recomienda, en las situaciones de emergencia, evitar el uso en primera elección, de fármacos propensos a socavar la futura adherencia al tratamiento, por las reacciones adversas indeseables, que puedan generar una aversión al mismo. Los fármacos de primera generación deben ser utilizados, sólo como última opción en estas circunstancias, particularmente el *haloperidol*, dado que producen rigidez, en mayor medida que sedación (Moizeszowicz, J., 2000; Pérsico, C., 1995).

Se recomienda el mantenimiento de la farmacoterapia para la prevención de recaídas, en las fases estable y de estabilización, con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado, para los antipsicóticos de primera y segunda generación.

La medicación antipsicótica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis, deberá mantenerse durante un mínimo de dos años después de la primera recuperación de los síntomas.

Se recomienda el uso de *clozapina* en casos de agresividad persistente. Ésta debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento. La adición de un segundo antipsicótico a la *clozapina*, podría tenerse en cuenta en personas resistentes al tratamiento, en las que ésta por sí sola, no ha sido suficientemente efectiva (Baldessarini, R. J. & Frankenburg, R. R., 1999; Moizeszowicz, J., 2000; Pésico, C., 1995).

La administración de múltiples medicamentos antipsicóticos, tales como la combinación de fármacos de primera y segunda generación, no debe utilizarse, excepto durante los períodos de transición de un cambio de medicación.

Si el tratamiento parenteral se considera necesario, la vía intramuscular es preferible a la intravenosa, desde el punto de vista de la seguridad. La administración intravenosa debería ser utilizada sólo en circunstancias excepcionales (Aymerich, M., Faus, G. y Guillamón, I., 2003; Harrison, J., 1998).

Las constantes vitales deben ser controladas después de una administración parenteral del tratamiento. La presión sanguínea, el pulso, la temperatura y la frecuencia respiratoria, deberán ser registrados a intervalos regulares, establecidos por el equipo multidisciplinar, hasta que el paciente vuelva a estar nuevamente activo. Si éste está dormido o parece estarlo, se requiere una monitorización más intensiva (Harrison, J., 1998; Moizeszowicz, J., 2000; Pésico, C., 1995).

2.7. CAPÍTULO SÉPTIMO: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La terapia electroconvulsiva (TEC), también conocida como electroconvulsoterapia o terapia por electroshock, es un tratamiento psiquiátrico, en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad (Gelder, M. y otros, 2007; Medline Plus, 2012).

2.7.1. Características

Consiste en la inducción de una activación generalizada de las neuronas mediante un campo eléctrico. La electricidad hace que las neuronas se despolaricen (se activen), generando parcialmente una crisis epiléptica. Esto produce que las neuronas liberen mediadores y factores tróficos en grandes cantidades. Como resultado de esta liberación se destaca la neurogénesis (creación de nuevas neuronas) en el hipocampo, que es una parte del cerebro (Farmacología online, 2013). Los miedos infundados, provocados por la ignorancia, quedan atrás: No “quema”, ni destruye neuronas, sino que nacen nuevas (Medline Plus, 2012).

Es una técnica depurada y sencilla. Tiene menos efectos secundarios que la medicación. La TEC ha salvado muchas vidas desde que se comenzó a usar, sacando a las personas de profundos estados de desconexión con el medio (Medline Plus, 2012).

2.7.2. Indicaciones

Actualmente no se utiliza de forma rutinaria en el tratamiento de la esquizofrenia, pero existen dos indicaciones importantes: A) cuando la esquizofrenia está asociada a síntomas depresivos graves y B) en los casos de estupor catatónico (Medline Plus, 2012; Gelder, M. y otros, 2007).

Se recomienda con más frecuencia, cuando han sido probados otros tratamientos y sus resultados no han sido satisfactorios, o cuando la espera a que un fármaco haga efecto resulte poco práctica (por ejemplo, cuando es muy probable que la persona va a intentar suicidarse).

La TEC es un tratamiento eficaz para las personas que sufren depresiones graves, y actúa rápidamente en la mayoría de los pacientes, también en casos de mujeres embarazadas, en quienes son peligrosos los tratamientos farmacológicos (Gelder, M. y otros, 2007; Tess, A. V. & Smetana G. W., 2009).

2.7.3. Cómo se realiza

Consiste en una serie de tratamientos, dos a tres veces por semana, durante dos a cuatro semanas.

En el quirófano, se administra anestesia general y un relajante muscular. Se controlan los signos vitales. A continuación se conectan electrodos en el cuero cabelludo del paciente y se aplica una corriente eléctrica, capaz de mantener encendida una bombilla de 10 watos durante 2 segundos, que provoca una breve convulsión (minimizada por la anestesia y el relajante muscular). Pocos minutos después, el paciente despierta, no ha sentido nada, y no recuerda lo sucedido. Los aparatos modernos realizan electroencefalograma antes, durante y después del paso de la corriente. Los impulsos de corriente cesan apenas el EEG alcanza el objetivo fijado (Gelder, M. y otros, 2007; Medline Plus, 2012; Tess, A. V. & Smetana G. W., 2009).

Es esencial un diagnóstico exacto de la enfermedad del paciente, y que se sopesen cuidadosamente los riesgos y efectos adversos, en comparación con los de otros tratamientos alternativos (Medline Plus, 2012; Tess, A. V. & Smetana G. W., 2009).

El consentimiento del paciente después de habersele informado de los riesgos, es un requerimiento habitual en la terapia electro-convulsiva moderna; por otra parte, el tratamiento involuntario, no es común y se utiliza sólo ante un caso de vida o muerte (Gelder, M. y otros, 2007; Medline Plus, 2012).

2.7.4. Efectos secundarios y riesgos

Los efectos secundarios de esta terapia incluyen amnesia, la cual puede ser permanente en una minoría de pacientes, y confusión, que generalmente desaparece en las horas siguientes al tratamiento. Además se observan náuseas, dolores musculares y dolor de cabeza. A veces varía la presión sanguínea o el ritmo cardíaco. Si se produjeran estos cambios, se supervisarán cuidadosamente durante el tratamiento con TEC y serán inmediatamente tratados. Los efectos secundarios de la TEC no suelen durar mucho tiempo (Gelder, M. y otros, 2007; Tess, A. V. & Smetana G. W., 2009).

Está ampliamente aceptado el hecho de que la TEC no causa daño cerebral, pero sigue siendo un tratamiento objeto de controversia. Debido a la preocupación que se siente por la confusión y el riesgo de pérdida de memoria permanente, algunos expertos recomiendan que el tratamiento se utilice sólo como último recurso (Medline Plus, 2012; Tess, A. V. & Smetana G. W., 2009).

2.8. CAPÍTULO OCTAVO: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento farmacológico, debe complementarse con terapia psicológica, para mejorar la integración social del paciente.

2.8.1. Entrevista de evaluación

Antes de comenzar la terapia psicológica, es necesario un primer encuentro, o entrevista de evaluación. Durante la misma, el profesional realiza una evaluación y ponderación general del paciente, para llegar en primer lugar, a una presunción diagnóstica, y en segundo lugar, proponer un esquema de tratamiento posible: modalidad del mismo, número de sesiones aproximadas, resultados esperables, evidencia que respalda el enfoque de tratamiento; y responder todas las inquietudes del paciente. Si el paciente acuerda con la propuesta, a partir de ese momento, las siguientes sesiones serán para llevar a cabo la terapia o modificar el esquema, si es necesario (Red Psicoterapia, 2013).

2.8.2. El diagnóstico

Se debe proporcionar al paciente, un diagnóstico de su situación e informarle si hay uno o más trastornos o cuadros clínicos presentes. Algunos terapeutas utilizan sistemas de diagnóstico estandarizados, tales como el DSM IV o el CIE-10 (más utilizado, aunque no exclusivamente, por terapeutas cognitivo conductuales); mientras que otros, siguen sistemas diagnósticos basados en teorías, como por ejemplo, alteraciones de neurotransmisores, según teorías de tipo biológico (Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002).

Los diagnósticos psicológicos son confiables, pero rara vez son definitivos, por lo cual, es recomendable informar en qué se basa. Es el que guía el tratamiento que se utilizará (Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002).

El paciente debe ser informado de:

- Diagnóstico aproximado o explicación de los síntomas. Efectos que tiene o puede tener el trastorno.
- En qué consiste el tratamiento que se le recomienda.
- Qué resultado puede esperar. Posibles beneficios y riesgos.
- Otras opciones existentes.

A esto se lo denomina "Consentimiento Informado", y es un derecho y una obligación legal en la Argentina. Puede realizarse de manera oral o escrita, pero en cualquiera de estos formatos, su objetivo es que el paciente tenga la información suficiente para poder tomar una decisión que concierne a su salud. En base a estos datos, el paciente toma una decisión. Si es menor de edad, o su estado no lo permite, es su cónyuge quien debe decidir si acepta o no el tratamiento; si no lo tuviera, son sus padres, o en su defecto, sus hijos o hermanos, quienes deciden (Mahoney, M., 1991; Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002; Red Psicoterapia, 2013).

2.8.3. Algunas preguntas

¿Cuánto duran los tratamientos?: Depende del tipo de trastorno o malestar. Al realizar la evaluación inicial, los terapeutas proponen una duración estimada para el tratamiento, que luego puede ir ajustándose (Red Psicoterapia, 2013).

¿Cuánto dura una sesión?: Las sesiones, generalmente, suelen ser semanales y duran alrededor de una hora.

¿En qué consiste el tratamiento?: Dependiendo del tipo de problema que origine la consulta, el tratamiento varía. Una parte de las sesiones, consiste en revisar y dialogar respecto a lo ocurrido en la semana; además se suelen realizar ejercicios o prácticas, dependiendo del caso. Entre sesiones los terapeutas suelen asignar "tareas", actividades vinculadas con la problemática que permitan al paciente desarrollar o practicar nuevas habilidades (Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002; Red Psicoterapia, 2013).

¿Es preciso que el paciente relate toda su vida?: En principio no es necesario. En nuestro país la psicoterapia suele tener ese perfil. En algunos casos, es necesario trabajar con aspectos del pasado lejano, pero más a menudo se pregunta respecto al presente y el futuro (Red Psicoterapia, 2013).

2.8.4. Opciones de tratamiento

Muchos terapeutas trabajan sólo con un tipo de terapia y eso es perfectamente válido; pero es poco habitual que funcione con todos los trastornos que se ven en la clínica. Algunos de los abordajes más conocidos en Argentina son (Mahoney, M., 1991; Vallejo Nájera, J. A., 1997):

- Terapias cognitivo-conductuales.
- Terapias psicodinámicas, incluyendo psicoanálisis, psicodrama.
- Terapia de aceptación y compromiso (ACT).
- Terapia dialéctico conductual (TDC).
- Terapias gestálticas.
- Terapias energéticas.
- Abordajes sistémicos.
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR⁷⁰)
- Presencia mental (Mindfulness⁷¹).
- Musicoterapia.
- Laborterapia.

No todas las formas de terapia son iguales de efectivas para los distintos trastornos y mientras que algunas son efectivas para algunos trastornos, otras son neutrales. Algunas se enfocan en la eliminación de síntomas, otras tienen como objetivo la mejora de calidad de vida. El paciente debe estar informado sobre qué terapia se abordará.

2.8.4.1. Terapias cognitivo-conductuales

Se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado.

⁷⁰ Sigla en inglés: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

⁷¹ Traducido del inglés significa "atención plena" o "presencia mental", es un concepto psicológico de concentración de la atención y la conciencia.

Se hace, por supuesto, una historia clínica, y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas (Caballo, V., 2003; Jones, C., Cormac, I., Silveira Da Mota Neto, J. y Campbell, C., 2008).

El énfasis de esta terapia, está puesto más en el “qué tengo que hacer para cambiar”, que en el “por qué”. Esto se debe a que muchas veces, conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre, no alcanza a brindar una solución, y no es suficiente para producir un cambio (Caballo, V., 2003; Jones, C. y otros, 2008).

La relación terapeuta-paciente es de colaboración, y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. La terapia cognitivo-conductual se emplea en la esquizofrenia para tratar delirios y alucinaciones (Caballo, V., 2003; Jones, C. y otros, 2008).

2.8.4.2. Terapias psicodinámicas

La terapia psicodinámica o terapia psicoanalítica, surge de la teoría que desarrolló Sigmund Freud⁷² sobre el modelo psicoanalítico y de los desarrollos posteriores que a partir de ella, se han ido haciendo hasta la actualidad. Se entiende en líneas generales, que cuando una persona está teniendo síntomas, necesita hacer un proceso terapéutico que le ayude a tomar más conciencia de algunos aspectos de si mismo, y del significado de estos síntomas. En el campo de la técnica terapéutica, todas las corrientes psicodinámicas coinciden en la importancia del fenómeno de la transferencia/contratransferencia como elemento fundamental para el análisis, y se usa como principal herramienta "curativa" a la interpretación.

⁷² Sigmund Freud (1856 – 1939). Psiquiatra autor del psicoanálisis.

La misma, que es la única que permite hacer consciente lo inconsciente y colocar el conflicto psíquico en un lugar desde el cual pueda ser reaprehendido y trabajado por el paciente a través del insight⁷³ y la elaboración (Jones, C. y otros, 2008; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

2.8.4.3. Terapia de aceptación y compromiso

ACT es un modelo de psicoterapia que se basa en aceptación y en compromiso, es decir, una forma de conceptualizar el sufrimiento humano, y los comúnmente llamados trastornos psicológicos, como la ansiedad, el pánico y la depresión. Implica pensar ciertas causas del sufrimiento humano, y consistentemente, ciertas maneras de ayudar a las personas a vivir una vida más valiosa (Jones, C. y otros, 2008; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001). Se conceptualiza la conducta, como todas las acciones de una persona (incluyendo pensamientos y emociones), pero sin asignarle estatus causal: las causas están el contexto, en el ambiente: un pensamiento es sólo un pensamiento, una emoción es sólo una emoción. Este enfoque pone énfasis en los valores, la empatía y la aceptación (Jones, C. y otros, 2008; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

La parte de "Aceptación" del modelo no quiere decir "resignación", que se parece más a bajar los brazos y darse por vencido, sino a abrirse y estar dispuesto a experimentar lo que sea, que surja como consecuencia de ponerse en movimiento. La otra parte del modelo es la parte del "Compromiso", es decir, actuar de acuerdo a lo que es importante para nosotros, a lo que elegimos y sostenemos como importante para nuestra vida, los valores (Jones, C. y otros, 2008; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

⁷³ Término utilizado en Psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción".

2.8.4.4. Terapia dialéctico-conductual

La TDC es un tratamiento psicosocial, desarrollado por Marsha M. Linehan⁷⁴, específicamente para el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad, aunque se usa también para pacientes con otros diagnósticos (Linehan, M. & Dimeff, L., 2001).

El tratamiento se basa en gran medida en la teoría conductista, con algunos elementos de terapia cognitiva.

Consta de dos partes esenciales: 1) terapia individual en donde terapeuta y paciente discuten qué se tratará durante la semana, registrándolo en las fichas de un diario. Durante la terapia individual se trabaja para mejorar el uso de competencias y se discute sobre los obstáculos para actuar competentemente. 2) terapia en grupo en la que los pacientes aprenden a usar las habilidades específicas. Algunas de las metas de esta terapia son (Linehan, M. & Dimeff, L., 2001):

- Reducción de las conductas suicidas y para-suicidas.
- Reducción de las conductas que amenazan el proceso de la terapia.
- Reducción de conductas que interfieren con la calidad de vida del paciente.
- Incrementar las habilidades de conducta.
- Resolver el estrés post-traumático.
- Lograr la autoconfianza y el respeto por uno mismo.

2.8.4.5. Terapias gestálticas

La terapia Gestalt o gestáltica es una terapia que tiene como objetivo, además de ayudar a la persona a sobreponerse a sus síntomas, permitirle llegar a ser más completa, a liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos, que disminuyen su satisfacción, autorrealización y crecimiento (Red psicoterapia, 2013). No se enfoca exclusivamente en tratar enfermos y psicopatologías, sino también en desarrollar el potencial humano.

⁷⁴ Marsha Lineham: Psicóloga, profesora y autora estadounidense, responsable del desarrollo de la terapia dialéctica conductual.

A diferencia de otros enfoques, la terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo.

Utiliza el método de “darse cuenta” predominando el percibir, sentir y actuar. La persona aprende a hacerse más consciente de lo que siente y hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse, y para experimentar el “aquí y ahora” sin interferencias del pasado (Red psicoterapia, 2013).

2.8.4.6. Terapias energéticas

Las terapias energéticas (Terapias energéticas, 2012) son terapias que tratan de lograr el bienestar y el equilibrio del paciente a través de la canalización de la energía.

Para mantener un estado saludable, es necesario que nuestra energía fluya libremente; si su circulación se bloquea, se perturba el reparto equilibrado de la misma por todo el cuerpo (que es lo primero que se produce antes de instalarse una enfermedad física), apareciendo diferentes signos y síntomas físicos, mentales o emocionales, dando cuenta de este desequilibrio, que de prolongarse da paso a la enfermedad orgánica.

Las culturas china y japonesa comparten la idea de prevenir la aparición de enfermedades, por lo que han volcado su milenaria sabiduría, en la creación de diferentes formas de terapias corporales como masajes, gimnasia, acupuntura, para reestablecer el equilibrio perdido (Terapias energéticas, 2012; Terapia energética y masaje del alma, 2012).

Este tipo de terapias forma parte de las llamadas “Terapias Integrativas” (La Recíproca, 2013): Conjunción de prácticas, enfoques y conocimientos, que incorporan medicinas procedentes de plantas, animales o minerales, además de técnicas manuales y ejercicios, que pueden aplicarse para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades.

El nombre de “terapia integrativa” se debe a que trata al paciente como un todo y no como un ser fraccionado en partes, que a veces pueden funcionar mal. Estas terapias tienen en cuenta los factores biológicos, fisiológicos, psicológicos y culturales de las personas, ya que según su concepción no hay enfermedad que afecte sólo a una parte, sin producir alteraciones en las demás. Según la Asociación Argentina de Medicina Integrativa, avalada por la Organización Mundial de la Salud, todos los padecimientos afectan la triple forma de cuerpo, mente y espíritu. No tratan únicamente de curar o aliviar el síntoma presente, sino de lograr el bienestar integral (La Recíproca, 2013; Terapias energéticas, 2012).

Algunas formas terapéuticas son:

Técnica de liberación emocional (Emocional Freedom Technique EFT):

Es una técnica de psicología energética, de liberación emocional. Es el nombre que Gary Craig, su creador, le puso a esta técnica. También se la llama "Técnica de Tapping". Es un método que sirve para eliminar el malestar emocional y puede también aliviar un gran número de síntomas físicos. Consiste en estimular una serie de puntos de acupuntura dando golpecitos con los dedos, "tapping", mientras se repite una frase clave, que permite a la persona mantenerse enfocada en el asunto concreto a tratar, permite a la energía volver a circular. La memoria del hecho queda pero sin la carga emocional asociada (EFT, 2013; Terapias energéticas, 2012; Terapia energética y masaje del alma, 2012).

Cromopuntura: Es la utilización de los colores para mantener el cuerpo en armonía. Es un sistema terapéutico mediante el cual se estimulan ciertos puntos energéticos corporales, situados sobre meridianos de acupuntura, los puntos “maestros” o “puntos de alarma”, en zonas especiales del sistema linfático y en zonas reflejas del pie, de la mano y de los “chakras”⁷⁵. Para ello se utiliza un proyector cromático especial, que permite proyectar luces de colores con una frecuencia determinada.

⁷⁵ Según algunas culturas de Asia, los “chakras” son centros de energía inmensurables (no medibles) situados en el cuerpo humano.

A través de este método se pueden prevenir enfermedades o tratarlas cuando han aparecido. También se adquiere mejor calidad de vida al desaparecer las molestias que incomodan (La Recíproca, 2013; Terapias energéticas, 2012; Terapia energética y masaje del alma, 2012).

Masaje atlante: Es para personas que necesitan, no sólo relajación y bienestar, sino también abrirse a un cambio. Ayuda a liberar la energía caótica, estancada, y negativa que se encuentra almacenada y son la causa de enfermedades como dolores, falta de resistencia, tristeza, depresión, falta de entusiasmo y envejecimiento prematuro. El masaje requiere de la dedicación en cada sesión a una parte del cuerpo, ya que la causa de los males están localizadas en una u otra de las 7 partes del cuerpo (Terapias energéticas, 2012). Tiene como base y fundamento el número 7: se tratan las 7 zonas del cuerpo, en 7 sesiones, utilizando 7 esencias diferentes, 7 minerales de 7 colores diferentes, un tipo para cada trabajo a realizar, y escuchará 7 músicas diferentes, una para cada sesión (La Recíproca, 2013).

Esencias florales: La terapia floral (Terapias energéticas, 2012) es un complemento para todo tipo de tratamientos, que ayuden a devolverle al ser su equilibrio y su armonía, perdida en algún punto del camino. Las esencias florales son preparadas vibracionales, que contienen el patrón energético de una determinada flor.

Las esencias florales de Bach⁷⁶ son remedios obtenidos de flores silvestres, que actúan por acción física o vibracional, no química. Actúan sobre los estados emocionales de las personas, ayudando a liberar la negatividad de traumas del pasado, limpiando la carga emocional arrastrada. Se activa cada vez que una situación se relaciona con algo del pasado. El objetivo es que las personas puedan manejar sus emociones, sin que las invadan (La Recíproca, 2013; Terapias energéticas, 2012).

⁷⁶ Creadas por el Dr. Edward Bach, médico bacteriólogo inglés, en 1930 en Inglaterra.

Reiki: Es una palabra japonesa que significa "Fuerza Vital Universal". Es la esencia de quienes somos como seres humanos. Cuando nuestro "Kí" (energía) es fuerte, estamos física, emocional, mental y espiritualmente sanos. Cuando estamos en un nivel bajo, podemos enfermarnos o desequilibrarnos. Una de las maneras a nuestra disposición es usar el reiki (Reiki, 2013; Terapias energéticas, 2012)

Reiki tiene un efecto equilibrador, armonizador y desbloqueador. Es excelente para reducir el estrés y fortalecer el sistema inmunológico.

A través de la Fuerza Vital Universal "Reiki", podemos liberar y volver a disponer de las energías emocionales, que se han convertido en corazas como consecuencia de los bloqueos y la constante tensión muscular. Los efectos en sanación reiki generalmente producen:

- Una armonización completa.
- Se estimulan y despiertan las fuerzas internas de autosanación.
- Se alivian las tensiones musculares y los dolores.
- Ayuda a liberar las emociones reprimidas.
- Aumenta el nivel energético, proporcionando vitalidad física, anímica y rejuveneciendo todo el organismo.
- Se produce un estado de profunda relajación, calma, paz y serenidad.

Aromaterapia: Es la utilización de esencias y aceites esenciales para la relajación, la sanación, el bienestar emocional y también para restablecer el equilibrio. Los aceites esenciales son "el alma de la planta", constituyen el medio por el cual se transmiten sus propiedades naturales. Tienen un alcance fundamental en el plano emocional y fisiológico del ser humano (Formarse, 2013; La Recíproca, 2013).

El masaje de aromaterapia es una de las mejores técnicas para reducir los efectos perjudiciales del estrés. Puede combinarse con otras terapias.

Los aceites esenciales favorecen la curación natural, estimulando y reforzando los mecanismos del cuerpo:

A las esencias de manzanilla y tomillo, por ejemplo, se les atribuyen, la capacidad de estimular la producción de glóbulos blancos.

El espliego, en concreto, tiene la capacidad de estimular la regeneración de las células cutáneas (quemaduras, cicatrices, heridas).

La manzanilla y el espliego actúan sobre el sistema nervioso central, relajan. El romero y la albahaca lo estimulan.

Algunos, tienen la capacidad de normalizar, como la bergamota y el geranio, que pueden tranquilizar o estimular según las necesidades de la persona (Formarse, 2013; La Recíproca, 2013).

Ayurveda: Es un sistema holístico de medicina que se desarrolló y se practica mucho en India. La palabra Ayurveda significa “ciencia de la vida” (Ayur = vida y Veda = conocimiento) (Formarse, 2013).

Esta medicina tradicional es un sistema curativo natural y muy antiguo. Ha tenido una fuerte influencia a través de la historia en muchos sistemas de medicina, desde la antigua Grecia en el occidente, hasta la Medicina China Tradicional, Tibetana y Tailandesa en oriente.

Enseña que el hombre es un microcosmo, un universo en sí mismo. Equilibrando adecuadamente las energías del cuerpo, se pueden reducir los procesos de deterioro físico y las enfermedades (Formarse, 2013).

Tiene un alto poder benéfico sobre nuestro organismo y nuestro espíritu.

En la medicina, ha servido como método de diagnóstico, curativo y preventivo.

Trabaja sobre los centros energéticos (Formarse, 2013). Su principal objetivo es movilizar y equilibrar las energías internas de la persona, o sea los biotipos *vata* (aire), *pitta* (fuego) y *kapha* (tierra/agua). Para mantener la salud y para crear un equilibrio entre los tres, se utilizan masajes especialmente diseñados, siguiendo una combinación de movimientos y la unión de aceites esenciales, hierbas y aceites base, con probada efectividad. Muchas veces, en una sesión, se eliminan los bloqueos energéticos y el paciente experimenta cambios emocionales y principalmente mucho alivio. El masaje aumenta la circulación para remover los desechos de los tejidos, al tiempo que mejora la nutrición de éstos, manteniendo la libre movilidad y la pureza de la linfa.

Alivia la vejez, la fatiga, mejora la visión, el sueño, y refuerza la resistencia al estrés y a las lesiones. De esta manera se recupera el equilibrio perdido del individuo. Cuando éste se recupera, *vata* se muestra lleno de vitalidad, exuberante y creativo; *pitta* lleno de energía, alegría y claridad mental; y *kapha* cariñoso, valiente, tranquilo y perceptivo (Formarse, 2013).

Actúa sobre la piel, órgano más extenso, y sobre los neurotransmisores, estimulan la producción de endorfinas, movilizándolo así nuestra farmacia natural, aumentando los estados de relajación, centramiento, bienestar.

Es decir, que hoy la psiconeuroendocrinología, descubre que tenemos una farmacia interna, que movilizada trae un sinnúmero de beneficios físicos, emocionales y mentales. Esta antigua ciencia, ya asignaba importancia al masaje para equilibrar, armonizar y mantener fuerte nuestro cuerpo y sistemas, (Formarse, 2013).

Los científicos afirman que reduce la actividad de los radicales libres de oxígeno, factores determinantes del envejecimiento celular, el cáncer y muchas enfermedades. Actualmente, la ciencia reconoce las interacciones mente-cerebro-cuerpo, a nivel molecular, celular y orgánico, que pueden impactar sobre la salud y calidad de vida de los individuos.

Una de las premisas de Ayurveda (La Recíproca, 2013) es que los alimentos ejercen efecto sobre la mente y el cuerpo, equilibrando o desequilibrando. La primera farmacia es entonces, la cocina.

Trabajando con la energía del organismo, a cada biotipo energético, *vata*, *pitta* y *kapha*, le corresponde un tipo de alimentación diferente, basada en vegetales naturales y orgánicos, frutas, lácteos no modificados y endulzantes naturales. Las porciones no superan el tamaño de un puño cerrado (La Recíproca, 2013).

2.8.4.7. Terapia sistémica

La terapia sistémica (Alicia de La Fuente, 2013) se centra en el paciente, no en solitario, sino en su contexto social primario, la familia. Toda familia es un sistema, ya que es un conjunto de personas que interactúan entre sí y la variación de uno de ellos, produce una variación en el resto.

Son muchas y variadas las influencias que tiene esta línea de la psicología, que fundamentalmente, se apoya en una filosofía humanística, donde no sólo existe el tú y yo sino que le da gran trascendencia al contexto familiar y social como parte del problema.

Las personas funcionan en un medio ambiente con el cual interactúan, y dentro de este medio los sistemas están organizados jerárquicamente en el siguiente orden (Alicia de La Fuente, 2013):

- Persona u organismo.
- Familia Nuclear.
- Familia Extensa.
- Subgrupo Comunitario (trabajo, amigos).
- Ciudad.
- País.
- Inserción del país en el mundo.

2.8.4.8. Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

Es una técnica psicológica terapéutica utilizada para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural y rápida. El método fue creado y ha sido desarrollado desde 1987 por la Dra. Francine Shapiro (Shapiro, F., 2007). El EMDR (EMDR Institute, Inc, 2013) es un modelo de psicoterapia complejo, e integra elementos y componentes procedentes de distintos enfoques. Sin embargo, lo más llamativo, es la utilización de la estimulación bilateral, ya sea mediante movimientos oculares, sonidos o golpecitos (tapping), con los que se estimula un hemisferio cerebral por vez.

Constituye una alternativa de psicoterapia efectiva, utilizada para víctimas de violaciones, asaltos u otros hechos violentos. Puede utilizarse en duelo, traumas recientes, fobias, trastornos de pánico, ansiedad, dolor crónico, abuso de sustancias, y otras alteraciones (Shapiro, F., 2007; EMDR Institute, Inc, 2013).

2.8.4.9. Presencia mental (Mindfulness)

“Mindfulness”, traducido del inglés, significa “atención plena” o “presencia mental”. Esta práctica, durante los últimos 30 años, está integrándose a la medicina y psicología de Occidente. Es aplicada, estudiada científicamente y por ello reconocida como una manera efectiva de reducir el estrés, aumentar la autoconciencia, reducir los síntomas físicos y psicológicos asociados al estrés y mejorar el bienestar general (Psicología de la Compasión, 2013).

Desde un punto de vista científico, podemos definir Mindfulness como un estado en el que el practicante aprende a mantener al comienzo, la atención centrada en un objeto (concentración, meditación de acceso utilizando la respiración), para luego “darse cuenta” (conciencia) de todo lo que está sucediendo (pensamientos, sensaciones, emociones), descubriendo la realidad del momento presente tal cual es. Por lo tanto, aprende a prestar atención de manera intencional, al momento presente, sin juzgar (Psicología de la compasión, 2013).

Es una forma de tomar conciencia de la realidad, de trabajar conscientemente con el estrés, dolor, enfermedad, pérdida o con los desafíos de la vida, para recuperar el equilibrio interno.

2.8.4.10. Musicoterapia

La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía), realizada por un musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas (Betes del Toro, M., 2000; Lacárcel, M., 1995).

La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal, que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. Se desarrolla profesionalmente tanto en el ámbito público como privado, en abordajes grupales e individuales (Lacárcel, M., 1995).

Los efectos de la música sobre el comportamiento, han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación, se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo (Betes del Toro, M., 2000; Lacárcel, M., 1995).

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación de la persona a su medio. Estimula y enriquece los procesos sensoriales, cognitivos (pensamiento, lenguaje, aprendizaje, memoria) y motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio. Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas (Betes del Toro, M., 2000; Bruscia, K., 1999).

2.8.4.11. Laborterapia

Es el tratamiento de las enfermedades mentales o psíquicas, mediante el trabajo. Cuando el ser humano pierde de vista su objetivo principal, ser útil a sí mismo y al contexto social al cual pertenece, obligándolo a un ritmo de vida con mayores exigencias cada día, pierde automáticamente el respeto por sí mismo (Comunidad Terapéutica S.H.O.C., 2013). Esta propuesta intenta, a través del aprendizaje de nuevos oficios, abrir las puertas de nuevas posibilidades, ya sea en forma independiente o grupal.

De esta manera, la opción de comercialización del producto o servicio aprendido, brinda como salida laboral, la posibilidad de recuperar lo más valioso: la confianza en sí mismo, con la sensación de poder responder a

un sistema cada vez más insensible. En la laborterapia, al paciente no se le hace hacer cualquier cosa, no se le dice “acá tenés todos estos elementos, hacé lo que quieras”, se le va indicando qué hacer, qué no hacer, se lo va guiando con tareas sencillas y rutinarias (Comunidad Terapéutica S.H.O.C., 2013; Fuller Torrey, E., 2001).

La participación voluntaria en actividades de su interés y acordes con sus capacidades, puede mejorar su adaptación al medio, cumpliendo con normas y límites. Adquiere responsabilidad y hábitos básicos de ocupación (Fuller Torrey, E., 2001).

Una de las formas de laborterapia elegida por muchas personas (en su mayoría mujeres), es la lanaterapia. Algunos de los beneficios que aporta son (Lanaterapia, 2014):

- Reduce los niveles de tensión y estrés.
- Colabora con la recuperación mental y física, luego de una jornada laboral.
- Promueve la tranquilidad y el buen humor.
- Aporta claridad a los pensamientos y sentimientos.
- Ayuda a la concentración y relajación.
- Fortalece la comunicación y los lazos sociales.
- Da satisfacción, mejora la autoestima.
- Ayuda a superar problemas de motricidad.

2.8.5. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia

Los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces, para una mejor recuperación de la esquizofrenia (Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001) son los siguientes:

1. Las intervenciones familiares psicoeducativas.
2. El entrenamiento en habilidades sociales.
3. Los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes.
4. Los paquetes integrados multimodales.

Estos tratamientos se orientan a mejorar el funcionamiento social e interpersonal del paciente; a promover la vida independiente y el mantenimiento en la comunidad; a disminuir la gravedad de los síntomas y las comorbilidades asociadas, (fundamentalmente, depresión, suicidio y consumo de drogas); y a potenciar el manejo de la enfermedad.

2.8.5.1. Intervenciones familiares psicoeducativas

La desinstitucionalización de los pacientes durante las dos últimas décadas, favoreció la incorporación de sus familiares como un importante recurso terapéutico (Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2000; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001). Los componentes de los principales programas de intervención familiar son:

Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias: Evita culparlas, respeta sus propias necesidades y recursos de afrontamiento, reconoce la sobrecarga que les supone cuidar del familiar enfermo, y enseña las mejores maneras de abordar todos los problemas.

Proporciona estructura y estabilidad: Fija un plan terapéutico con contactos regulares, que proporcione a la familia una estructura asistencial, que les ayude a superar la sensación de descontrol e impredecibilidad generada por la esquizofrenia. Desarrolla climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.

Centrarse en el “aquí y ahora”: Trabaja con el estrés y los problemas que encaran las familias, analiza las relaciones mutuas e identifica sus estilos individuales de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles.

Utilización de conceptos familiares: Establece límites interpersonales e intergeneracionales claros, con una visión de la familia como un todo.

Reestructuración cognitiva: Intenta proporcionar a las familias un modelo que de sentido a las conductas y sentimientos del paciente y su entorno, ayudándolos a afrontar dificultades.

Aproximación conductual: El trabajo clínico trabaja en la solución de problemas, evalúa los recursos y necesidades de la familia, para establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales, y establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas.

Mejorar la comunicación: Entrena a las familias, con mucho cuidado, para solicitar los cambios necesarios a su familiar, de un modo simple, claro y específico, por medio de ensayos de conducta previamente detallados.

Combinadas con la medicación antipsicótica del paciente, las intervenciones familiares, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada por la familia; en la sintomatología clínica, las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes (Anderson, C., Douglas, R. y Hogarty, G., 1988).

El término emoción expresada (EE), hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, críticas y sobreprotección) que se relacionan con la tasa de recaídas. A partir de su descripción se desarrollaron una serie de programas de intervención familiar, con una base psicoeducativa, dirigidos a reducir la EE, mejorar el cumplimiento terapéutico y apoyar emocionalmente a la familia (Anderson, C. y otros, 1988).

Los objetivos de la intervención familiar son (Anderson, C. y otros, 1988; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2000; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001):

1. Construir una alianza con los familiares.
2. Proporcionar información sobre el trastorno.
3. Orientar sobre los problemas de conducta y conflictos relacionales.
4. Asesorar en la gestión del estrés familiar.
5. Reducir la atmósfera familiar adversa.
6. Mejorar la comunicación familiar.
7. Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas.

8. Reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia.
9. Mantener expectativas razonables para el funcionamiento del paciente.
10. Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados, así como una distancia adecuada cuando sea necesario.
11. Conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias.

2.8.5.2. Entrenamiento en habilidades sociales

No plantea dudas que las relaciones interpersonales son un elemento fundamental para lograr un adecuado desempeño y conservación de los diversos papeles sociales que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida, y de que son un factor determinante para su integración social y su adaptación a largo plazo. Por este motivo, es necesario disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, que permiten y facilitan la convivencia y el intercambio social. El entrenamiento en habilidades sociales (Hernández Lira, N., 2009) se ha convertido a lo largo de las dos últimas décadas, en un factor esencial para remediar el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos, potenciar sus recursos individuales y atenuar o eliminar los estresores ambientales y personales, que pueden desestabilizar su frágil equilibrio.

Las habilidades sociales son conductas o destrezas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, destrabando la comunicación verbal y no verbal, identificando los sentimientos internos, actitudes y percepción del entorno; para lograr los objetivos individuales instrumentales, a través de la interacción social (Caballo, V., 1993).

La habilidad social no es meramente una suma de características cognitivas o conductuales individuales estandarizadas, sino que supone un proceso interactivo de combinación de ellas, en contextos ambientales cambiantes.

Los principios básicos que caracterizan las habilidades sociales son (Hernández Lira, N., 2009):

- Pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con deterioros: Las personas con déficits, provenientes de la falta de motivación, del desuso, de los efectos de los síntomas positivos, o de la pérdida de las relaciones, pueden adquirir un repertorio de habilidades para su uso social.

- Son específicas para cada situación: Dependen del contexto ambiental en el que ocurren. Las reglas que regulan la conducta social, están influidas por diferentes factores, como el propósito de la interacción, el sexo de los participantes, el grado de familiaridad y relación entre los actores, el número de personas presentes, el escenario y el momento.

- Facilitan la competencia social, pero no la aseguran, ya que ésta depende también de otros factores no relacionados con las destrezas, como la ansiedad y el ambiente.

- Inciden sobre el funcionamiento social, y sobre el curso de la esquizofrenia: A través de la mejora en la calidad de vida y la reducción de las exacerbaciones sintomáticas, configuran un instrumento de protección personal.

Las habilidades sociales comprenden dos grupos de destrezas: cognitivas y conductuales. Las cognitivas engloban la percepción social y el procesamiento de la información que definen, organizan y guían las habilidades sociales. Las destrezas conductuales se refieren a las conductas verbales y no verbales, usadas para poner en práctica la decisión surgida de los procesos cognitivos (Caballo, V., 1993; Caballo, V., 2003).

Las habilidades sociales comprenden, en consecuencia, un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales, que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a los pacientes, en los diversos programas de entrenamiento. Los elementos tradicionalmente más importantes son:

Conductas expresivas: Contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación; y conducta no verbal: contacto ocular, postura, expresiones faciales, movimientos corporales, distancia y postura interpersonal.

Conductas receptivas: Percepción social, que abarca atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones.

Conductas interactivas: Momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales.

Factores situacionales: Conocimiento de los factores culturales y de las demandas específicas del contexto (Hernández Lira, N., 2009).

2.8.5.2.1. Modelos de entrenamiento en habilidades sociales

Como no todos los pacientes presentan las mismas disfunciones, varios autores describen tres modelos de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, V., 1993; Caballo, V., 2003; Hernández Lira, N., 2009):

A. Modelo básico de entrenamiento: El proceso se establece gradualmente para moldear la conducta del paciente, reforzando las sucesivas aproximaciones a la habilidad que se está entrenando. Se aplica a través del procedimiento de instrucciones, modelamiento del uso apropiado de las habilidades, ensayo conductual, *role-playing*⁷⁷ y retroalimentación positiva, con tareas entre sesiones para promover la generalización.

B. Modelo orientado a la atención: Este método ayuda a centrar la atención del paciente sobre aquellos materiales relevantes para el aprendizaje, y a la vez, trata de minimizar las demandas sobre sus habilidades cognitivas. Para ello utiliza ensayos múltiples, discretos y de corta duración, e intenta minimizar la distraibilidad, por medio de una cuidadosa manipulación de los componentes de enseñanza. Este procedimiento se ha utilizado principalmente con esquizofrénicos crónicos, con importantes desorganizaciones del pensamiento, institucionalizados y altamente distraíbles y en habilidades de conversación, área en la que se ha probado su eficacia.

⁷⁷ Desempeño de roles: Técnica también conocida como “dramatizaciones o simulaciones”, en que una o más personas representan una situación dada.

C Modelo de solución de problemas: La ejecución inadecuada de habilidades en situaciones sociales, puede proceder del déficit en las capacidades de solución de problemas. Desde esta perspectiva, la comunicación interpersonal requiere trabajar con tres tipos de habilidades: de recepción, de procesamiento y de emisión.

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento ampliamente utilizado en trastornos psiquiátricos crónicos. Los pacientes que participan en este tipo de programas, amplían su repertorio de destrezas, y presentan una disminución de la sintomatología relacionada con las disfunciones sociales.

Esta terapéutica se basa en dos corrientes teóricas: La teoría del aprendizaje social y la teoría cognitivo – conductual (Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G., 1999; Camerini, J., 2000; Mahoney, M., 1991).

La primera postula que la conducta de una persona puede describirse, explicarse y predecirse, según su historia de aprendizaje. Así, cuando un sujeto interpreta una nueva situación, como parecida a una anterior, tenderá a conducirse de la manera en que obtuvo resultados favorables.

La segunda teoría parte de lo que piensan y sienten los pacientes, quienes se comunican conscientemente consigo mismos, a través de pensamientos, por medio de los cuales, la persona tiene la impresión de captar el mundo, sin darse cuenta de que se trata de valoraciones subjetivas, susceptibles de discusión y opinión. Así, cuando ocurre en la vida algún evento, surge el pensamiento para guiar la conducta a seguir. Se crea un circuito que se repite una y otra vez: Pensamiento – emoción – conducta – pensamiento – emoción – conducta (Beck, A. y otros, 1999).

2.8.5.2.2. Técnicas básicas del entrenamiento en habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales consta de los siguientes pasos básicos (Caballo, V., 1993):

1. Ensayo de conducta.
2. Modelado.
3. Instrucciones (aleccionamiento).

4. Retroalimentación y refuerzo.
5. Tareas para casa.
6. Resolución de problemas.
7. Generalización.

El ensayo de conducta o representación de papeles, es la técnica básica y el procedimiento más empleado. Se trata de representar maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para él (Caballo, V., 1993; Zumaya, L., 1993).

El modelado es la exposición de una conducta ejemplo para aprendizaje del paciente. Normalmente el modelo suele ser el terapeuta u otro miembro del grupo; puede presentarse en vivo, o puede estar grabado en vídeo. La representación puede hacerse de todo el modelo o de sólo una parte (Anderson, C. y otros, 1988).

Para que el paciente realice un mejor aprendizaje del modelo, es importante dirigir la atención del participante a los componentes separados de cada actuación. Es decir, podemos descomponer una conducta compleja en pasos progresivos, reduciendo así su dificultad.

El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes no verbales de la actuación. Es importante que el paciente no interprete la conducta del modelo como la única posible, como la única correcta, sino como una forma de enfocar una situación particular (Anderson, C. y otros, 1988; Caballo, V., 1993).

Instrucciones (aleccionamiento) son las indicaciones, información, que se le da al paciente. En primer lugar, es la información general y específica del programa de entrenamiento en habilidades sociales, y de las técnicas que se emplean; y en segundo lugar, es la información particular sobre lo que constituye una respuesta apropiada, por ejemplo, “mira a los ojos cuando le hables”. La información se puede presentar de varias maneras: papel, pizarra, transparencias, vídeo.

Proporcionan una base y una explicación razonada para los ejercicios y ensayos de conducta posteriores, ya que el paciente tiene que saber en qué consiste lo que tiene que hacer y qué es lo que se espera que haga (Caballo, V., 1993; Zumaya, L., 1993).

Retroalimentación y refuerzo: Son dos elementos fundamentales del entrenamiento en habilidades sociales. El refuerzo es la "recompensa" a la conducta realizada por el paciente, señala una actuación como competente, para que sea incorporada como socialmente habilidosa. La recompensa social es el refuerzo más utilizado y es efectivo para la mayoría de las personas. Se administra por medio de la alabanza y de dar ánimos. En ocasiones también se usan los refuerzos materiales: dinero, vales, privilegios. El refuerzo siempre ha de ser positivo. En demasiadas ocasiones tendemos a señalar los aspectos negativos de la conducta, explorando los problemas del paciente, en vez de sus capacidades (Beck, A. y otros, 1999; Caballo, V., 1993).

La retroalimentación es la información específica que se proporciona al sujeto para el desarrollo y mejora de una habilidad puesta en práctica. La retroalimentación puede ser correctora (cuando se modifica alguno de los componentes de la conducta), o puede ser constructiva (cuando se añade algún componente a la conducta del paciente) (Caballo, V., 1993).

Tareas para casa: Es importante señalar, que el éxito de la práctica clínica depende de las actividades del paciente, cuando no está con el terapeuta. Las tareas para casa, son una parte esencial del entrenamiento en habilidades sociales, ya que constituyen el nexo entre el entrenamiento en la sala de terapia, y la generalización a las situaciones concretas de la vida real (Anderson, C. y otros, 1988; Beck, A. y otros, 1999; Caballo, V., 1993).

Solución de problemas: Se les enseña a los participantes en el programa de entrenamiento, una técnica para solucionar los problemas que surgen cuando el entorno no responde como esperaban.

Se enseña una estrategia sistemática para que puedan superar los problemas imprevistos (Zumaya, L., 1993).

La generalización: Es el desempeño de habilidades sociales competentes y eficaces, en diferentes condiciones a las entrenadas, a partir de las habilidades aprendidas bajo las condiciones del entrenamiento. Puede cambiar el lugar, las personas, las situaciones, las conductas, los tiempos. No se debe olvidar que el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales, es la capacitación y competencia en la vida cotidiana (Caballo, V., 1993; Zumaya, L., 1993).

2.8.5.2.3. El trabajo con la familia

Es necesario trabajar con las personas que viven con el paciente (generalmente es la familia), cambiar falsas creencias sobre la enfermedad, sobre su recuperación, las expectativas que se han creado sobre la reintegración a la actividad económica productiva. Esto se puede lograr mediante talleres psicoeducativos e intervención con cada familia en particular (Zumaya, L., 1993).

Los talleres psicoeducativos ayudan a que la familia logre estructurar la poca información que tiene sobre el padecimiento del paciente, aclarando sus dudas. Esto ayuda a que familiares de otros pacientes, puedan ofrecer soluciones a problemas comunes que se presentan y que les han dado resultado.

El psicoterapeuta los orienta sobre las distintas actividades que pueden realizar (Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2000).

2.8.5.3. Tratamientos cognitivo conductuales.

2.8.5.3.1. Déficits cognoscitivos en la esquizofrenia.

En la esquizofrenia, existen déficits neuropsicológicos en la gran mayoría de las funciones (Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002): memoria verbal y no verbal; atención visual y auditiva; inteligencia general; habilidades especiales; función ejecutiva, y lenguaje. Las distorsiones cognoscitivas más frecuentes en la esquizofrenia son:

1. Identificación predicativa: El paciente obtiene conclusiones de sus experiencias, por ejemplo: “Luis juega billar, yo juego billar, yo soy Luis”. La persona no psicótica obtiene estas conclusiones, sólo por medio de la lógica.

2. Atribuciones precipitadas: El enfermo esquizofrénico tiene una baja tolerancia a la ambigüedad, y en las situaciones confusas obtiene interpretaciones arbitrarias con gran rapidez. Ésta es la base de las ideas delirantes.

3. Egocentrismo: Es la tendencia del paciente a responder a diferentes situaciones, incluyéndolas en un mismo concepto o patrón cognitivo (sobregeneralización). En concreto, se trata del pensamiento “egocéntrico”, donde el paciente relaciona los acontecimientos del mundo, como referidos a él mismo (personalización).

4. Confusión de causas y significados. Cuando el enfermo se enfrenta a un acontecimiento externo novedoso que debe explicarse, utiliza una interpretación relacionada a sus experiencias previas.

5. Desimbolización. El paciente cree literalmente el significado de las metáforas, concretándolas, “cosificándolas”. Por esto, en la terapia, no se aconseja el uso de las metáforas con estas personas.

6. Sesgos en el foco de la atención. Se ha demostrado que los esquizofrénicos con ideas delirantes paranoides persecutorias, tienden a enfocar su atención más fácilmente en estímulos potencialmente dañinos y recuerdan preferencialmente episodios peligrosos.

7. Pensamiento dicotómico o polarización. Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas, sin hechos intermedios (Ruiz Sánchez, J. y Cano, J., 2002).

N. Blackwood y colaboradores (Blackwood, N., Howard, R., Bentall, R. & Murray, R., 2001) proponen un modelo para la formación del delirio persecutorio, basados en los déficits cognoscitivos encontrados en los pacientes con esquizofrenia paranoide. Plantean que el delirio persecutorio es el resultado de fallas en la interpretación de las intenciones de los demás, aunadas a una tendencia a atribuir causas externas a eventos negativos, a elaborar juicios de manera precipitada, con información insuficiente y a una predisposición a atender y percibir estímulos amenazantes.

2.8.5.3.2. Tratamientos cognitivo-conductuales para delirios y alucinaciones

Si bien es cierto que la aparición de los antipsicóticos, contribuyó en gran medida al tratamiento y control de los síntomas que caracterizan la enfermedad; y, en algunos casos, facilitó la adaptación del enfermo a su medio, la mayoría de los pacientes esquizofrénicos, continúan teniendo síntomas residuales y molestos a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado (Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S., 2007; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

Un 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos, puede persistir con síntomas positivos de moderados a graves; además, hasta la fecha, en la mayoría de los casos, el tratamiento antipsicótico no ha demostrado mejorar la adaptación social y laboral de la persona con esquizofrenia. Por estas razones, es de suma importancia explorar terapéuticas que sirvan de complemento a la terapia antipsicótica y promuevan un mejor control sintomático, la adherencia al tratamiento y la integración del paciente a su medio.

La terapia cognitiva-conductual ha sido empleada con estos fines. En especial, se ha utilizado para manejar síntomas positivos y negativos que persisten a pesar del tratamiento farmacológico. Los resultados de los estudios realizados hasta el momento son promisorios (Jones, C. y otros, 2008).

Además de los síntomas característicos de la esquizofrenia, muchos pacientes experimentan deterioros cognitivos en áreas como la atención, la memoria y el pensamiento abstracto, los cuales precisan procedimientos clínicos especiales creados para remediar o compensar estas deficiencias básicas, en lugar de los tradicionales.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es en la actualidad un tratamiento recomendado para las personas con esquizofrenia. La TCC (Jones, C. y otros, 2008; Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S., 2007) es una terapia de conversación que se considera valiosa para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. Se incentiva al paciente a participar activamente mediante: El examen de las pruebas a favor y en contra de la creencia que ocasiona malestar; el cuestionamiento de los patrones habituales de pensamiento sobre tal creencia, y, la utilización de las capacidades de razonamiento y la experiencia personal para desarrollar explicaciones e interpretaciones alternativas que sean racionales y personalmente aceptables (Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S., 2007; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

Esta terapia, se aplica conjuntamente al paciente y sus familiares, ya que persigue reducir el estrés en todos y mejorar la capacidad de éstos para vigilar el curso de la enfermedad. Puede iniciarse en cualquier fase del trastorno, aunque lo más adecuado sería que comenzara poco después de una exacerbación que haya requerido hospitalización, ya que es el momento en que todos están más motivados para reducir las futuras recaídas y para mejorar el funcionamiento y autonomía del paciente. Consta de un número determinado de sesiones, cada una de una hora de duración, con contactos cada vez más espaciados a lo largo de seis a nueve meses. Puede resultar ventajoso efectuar algunas sesiones en la propia casa del paciente, puesto que proporciona información de su entorno (Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S., 2007; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

Para las personas con esquizofrenia, la terapia cognitivo-conductual aún no se ha convertido en una opción de amplia disponibilidad, como ocurre para las personas con otros trastornos por ejemplo, depresión y trastorno de pánico. La relación terapéutica es muy importante para abordar el inicio del tratamiento. El terapeuta, ayuda al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales y promueve experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomentan pensamientos y habilidades más adaptativas.

El modelo parte de varias premisas (Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S., 2007; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001):

- El paciente tiene “áreas libres” de psicosis, que pueden ser aprovechadas en la terapia.
- Las alucinaciones y los delirios no son impermeables a las intervenciones psicológicas.
- Los síntomas pueden ser exacerbados o atenuados por cambios ambientales y pueden ser puestos en un contexto con significado para el paciente.

La terapia se estructura en el marco de una alianza terapéutica estrecha, con apoyo, aceptación de la experiencia del paciente y colaboración mutua para resolver los problemas que se presentan. Se elabora una lista de las prioridades que se van a tratar, que pueden ser síntomas (alucinaciones, delirios, aislamiento) o planes de vida (trabajo, familia). Se brinda psicoeducación al paciente, haciendo énfasis en el papel del estrés, en la formación y mantenimiento del síntoma, e intentando reducir al máximo el estigma de la enfermedad. Así mismo, se formulan y se comparten con el paciente conceptos cognitivos sobre lo que le sucede, identificando vínculos entre pensamientos, emociones y conductas.

Se usan técnicas cognitivas y conductuales para tratar síntomas positivos y negativos (prueba y reformulación de creencias, contrapeso de lo que sostiene la creencia, formulación de explicaciones alternas, juego de roles). Se abordan también comorbilidades como la ansiedad y la depresión.

Finalmente, se intenta hacer una prevención de recaída, identificando situaciones estresantes y desencadenantes de los síntomas y promoviendo el entrenamiento de habilidades sociales y ocupacionales (Jones, C. y otros, 2008).

Entre los tratamientos psicológicos ensayados para las alucinaciones, se encuentran distintas técnicas: distracción o focalización de las voces y las que persiguen reducir la ansiedad.

Algunos investigadores han diseñado un procedimiento de intervención en tres fases, que pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado, mediante la gradual reatribución de las voces a uno mismo (Jones, C. y otros, 2008):

a) Solicitar que el paciente dirija la atención a la forma y características físicas de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio, y lo someta a discusión en la sesión de terapia.

b) Teniendo en cuenta que el contenido, obviamente, suele reflejar sus preocupaciones y ansiedades, una vez que el paciente logra sentirse cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, se le solicita que preste atención a su contenido (por ejemplo, escribiéndolo o sometiéndolo a discusión en la sesión de terapia). Al mismo tiempo, se le pide que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa.

c) Posteriormente, debe atender a sus creencias y pensamientos respecto a las voces; para lo cual, se le alienta a registrar los sucesos que anteceden a las voces, las voces mismas, así como los pensamientos y sentimientos que les siguen, tanto durante las sesiones como tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces, que es compartido entre el terapeuta y el paciente y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación normalmente desemboca en la aceptación de que las voces son auto-generadas, en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental (Jones, C. y otros., 2008).

La terapia cognitivo-conductual se ha interesado también tanto por la forma como por el contenido de las ideas delirantes. Mientras que el contenido representa las experiencias a las que la persona tiene que dar sentido, la forma representa las posibles distorsiones o limitaciones, en los modos en que la persona ha sido capaz de dar sentido a esas experiencias (Jones, C. y otros, 2008).

El contenido de la terapia, incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta, e identificar los sesgos de pensamiento (Florit, A., López, B. y Vázquez, C., 1996; Jones, C. y otros, 2008).

La duración y el número de sesiones de esta terapia, influye en la eficacia del tratamiento: Las personas con esquizofrenia necesitan más de seis meses de terapia, con más de diez sesiones, para mejorar el estado mental.

2.8.5.3.3. Tratamiento de los síntomas negativos

El alivio de los síntomas positivos, puede por sí mismo, disminuir el aislamiento social, la anhedonia y la apatía.

Se utilizan estrategias cognitivas, como buscar las razones que tiene el paciente para la inactividad y ponerlas a prueba mediante experimentos conductuales; estimular intereses nuevos, o previos, que se perdieron, y tratar pensamientos automáticos de autocrítica, sobre el desempeño en tal o cual labor (Frenk Mora, J., Ruelas Barajas, E., Tapia Conyer, R. y Castañón Romo, R., 2002; Jones, C. y otros, 2008).

2.8.5.4. Paquetes integrados multimodales

En la esquizofrenia se encuentran deficiencias en diferentes niveles funcionales de organización de la conducta: nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel micro-social y nivel macro-social (Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001). Las deficiencias de un nivel pueden perjudicar funciones de otros niveles, los cuales guardan una relación jerárquica entre sí.

Con este fundamento, H. D. Brenner y colaboradores (Hodel, B., & Brenner, H. D. (1994); Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001), desarrollaron un modelo de *penetración* que sirvió de base para la explicación de la conducta esquizofrénica, y para el desarrollo de una terapia psicológica integrada, conocida como Terapia Psicológica Integrada: "IPT" (Hodel, B. & Brenner, H. D., 1994; Hodel, B. & Brenner, H. D., 1997; Riso, W., 2006).

La IPT es un programa de intervención grupal, de orientación conductual, para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos, que se ha aplicado a más de 700 pacientes en diversos países, y que consta de cinco subprogramas diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales característicos de la enfermedad.

Los subprogramas están ordenados jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas; las intervenciones intermedias, transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales; y las últimas intervenciones, entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. Cada subprograma contiene pasos concretos, que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas. Se implementa en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana y durante un mínimo de tres meses.

Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza desde tareas simples y previsibles, hasta otras más difíciles y complejas. A la par, va decreciendo la estructuración de la terapia; desde unos inicios muy estructurados, hasta un final mucho más espontáneo. Por otra parte, cada subprograma se inicia con material emocionalmente neutro, y a medida que se avanza, va aumentando también su carga emocional (Hodel, B. & Brenner, H. D., 1994; Hodel, B. & Brenner, H. D., 1997; Riso, W., 2006).

En años recientes, se ha desarrollado un nuevo subprograma de la IPT, conocido como “*entrenamiento en el manejo de emociones*”, destinado a reducir la influencia de estados emocionales perturbadores, en el funcionamiento cognitivo y social. Dicho subprograma, estructurado en ocho pasos, comienza con la descripción de las emociones por el paciente y avanza desde el análisis de sus estrategias de afrontamiento espontáneas, hasta la adquisición de formas de afrontamiento específicas. Los resultados de la primera evaluación de este procedimiento (Hodel, B. & Brenner, H. D., 1997), describen un impacto positivo sobre el control cognitivo, superior a otros procedimientos, como la relajación o el entrenamiento cognitivo focalizado.

Los estudios experimentales llevados a cabo con la terapia psicológica integrada mejoran el funcionamiento cognitivo sin ser relevantes para el funcionamiento social, por lo que resultaría adecuado llevar a cabo una intervención multimodal, combinando los métodos que incorporen estrategias conductuales e interpersonales, con los dirigidos hacia los déficit de procesamiento de la información.

El impacto terapéutico de la IPT y de otras terapias psicosociales, puede estar reforzado por el ambiente externo natural, de modo que las habilidades sociales y la ansiedad social, pueden mejorarse más en pacientes ambulatorios que en los hospitalizados (Hodel, B. & Brenner, H. D., 1994; Hodel, B. & Brenner, H. D., 1997; Riso, W., 2006).

2.8.5.5. Algunas conclusiones sobre los tratamientos psicológicos de la esquizofrenia

Hasta el momento los tratamientos psicológicos se han centrado en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, la reducción del estrés y de la carga familiar.

Sin embargo, es necesario que los aprendizajes logrados se mantengan en el tiempo, para que las variables del trastorno en sus distintas etapas, se integren en un formato clínico, global, ágil y flexible (Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2000; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S., 2001).

Conviene también recordar, que cada intervención presupone la recepción por parte del paciente de cuidados permanentes de apoyo y de manejo que incluyen el tratamiento farmacológico y los servicios necesarios para una adecuada cobertura de las necesidades humanas básicas.

2.9. CAPÍTULO NOVENO: REHABILITACIÓN

La esquizofrenia afecta la vida social y laboral del paciente. La rehabilitación puede entenderse, como la programación de medidas encaminadas a la recuperación de las habilidades generales y específicas, que había antes de la enfermedad.

La rehabilitación psicosocial (OMS, 2002) es un proceso que brinda la posibilidad de que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por algún trastorno mental, puedan alcanzar un óptimo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad, lo que supone mejorar las competencias individuales y además introducir cambios en el entorno.

2.9.1. Los déficits

Los déficits en el funcionamiento interpersonal y social del individuo son uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia: Son persistentes en el tiempo y con frecuencia, anteriores a la aparición de la enfermedad. Por ello, no deben ser considerados sólo una consecuencia de los síntomas de la esquizofrenia, ya que están presentes incluso cuando los síntomas positivos y negativos se encuentran en remisión.

Estos déficits han sido descritos en términos de (Bellack, A., 1983):

- Escaso contacto ocular.
- Expresión facial inapropiada.
- Gestos inadecuados.
- Tiempo de respuesta o sincronía deficiente.
- Incapacidad para percibir correctamente las situaciones sociales.
- Dificultad para expresar opiniones y emociones.
- Dificultad para mantener conversaciones.
- Dificultad para reconocer las emociones de los demás.

2.9.2. Modelo vulnerabilidad-estrés.

El modelo de vulnerabilidad- estrés constituye el marco teórico en el que se encuadra la rehabilitación de las personas con esquizofrenia (Blanco, A. y Pastor, A., 1997). Parte del supuesto básico de que para que se dé el trastorno es necesario:

- a. La existencia de una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad).
- b. La presencia de eventos ambientales o vitales que alteran el funcionamiento del individuo (estrés).

De acuerdo con este modelo el comienzo, el curso y el pronóstico de estos trastornos, son fruto de la compleja interacción de tres factores:

- Vulnerabilidad psicológica: se refiere a la predisposición que una persona tiene a padecer un determinado trastorno, determinada por factores genéticos (herencia) y biológicos (disfunciones dopaminérgicas, entre otras).
- Estresores ambientales: se refieren a cualquier acontecimiento ambiental que exige algún cambio o adaptación por parte de la persona, con el fin de minimizar sus posibles efectos negativos.
- Factores moderadores o protectores: incrementan o atenúan el impacto de los eventos estresantes de acuerdo a las características individuales de las personas. Con ello se hace referencia a las habilidades del paciente, para enfrentar las situaciones negativas en su entorno familiar (Mueser, K. & Sayers, M., 1992).

Dichas habilidades personales o estrategias de afrontamiento, le permiten reducir o eliminar las fuentes de estrés, combatiendo sus efectos negativos. Se adquieren normalmente durante la infancia y la adolescencia, pero pueden perderse en el transcurso del trastorno.

2.9.3. Evaluación de las habilidades sociales

Cuando un terapeuta, o equipo de profesionales de un servicio de rehabilitación, recibe un paciente, debe dedicar las primeras sesiones a evaluar su estado: Cuáles habilidades están conservadas y cuáles no, para programar el proceso terapéutico.

Además, a lo largo de la terapia, la evaluación de las habilidades sociales, permite al o los profesionales tratantes constatar su progreso. Tiene tres funciones (Florit, A. y otros, 1996):

- Identificar los déficits y excesos conductuales específicos, que deben ser modificados en el entrenamiento.
- Evaluar el efecto del entrenamiento en la adquisición, mantenimiento y generalización de las habilidades sociales.
- Evaluar los cambios luego del tratamiento, su relación con la enfermedad, en aspectos como ajuste social, síntomas negativos y riesgo de recaída.

Los componentes que se evalúan son los siguientes:

- Conductas específicas incluídas en el concepto de habilidad social (qué).
- Situaciones en que se ejecuta la habilidad (cuándo y dónde).
- Contexto interpersonal de la habilidad social (con quién).
- Finalidad perseguida en la interacción (para qué).

2.9.4. Instrumentos para evaluar las habilidades en esquizofrénicos:

A. La entrevista:

Las entrevistas estructuradas o semi-estructuradas pueden proporcionar una información muy valiosa sobre problemas generales en el funcionamiento social del paciente, especialmente en las primeras fases del proceso de evaluación antes de la intervención. Su utilización puede ser limitada, debido a la incapacidad o negativa del paciente a responder las preguntas del entrevistador.

Existen algunos prerrequisitos para usar la entrevista con el paciente en la evaluación de las habilidades sociales (Lieberman, R., De Risi, W. & Mueser, K. T., 1989):

- Establecer una buena relación entre terapeuta evaluador y paciente.
- Orientar al paciente respecto al propósito y función de las preguntas que va a contestar.

Las preguntas deben ser muy específicas con objeto de que el paciente describa el problema, las personas implicadas, las situaciones en que se produce y su frecuencia.

En cualquier caso la entrevista con el paciente proporciona una buena ocasión para observar su comportamiento en una situación real.

B. Auto-informes:

En la medición de las habilidades sociales mediante auto-informes, pueden usarse todos los instrumentos desarrollados para la evaluación del funcionamiento social en la población general. Algunos de ellos son:

El Inventario de Situaciones Interpersonales (Goldsmith, J. & Mc Fall, R., 1975) está compuesto por 55 ítems, cada uno de los cuales, describe una situación empíricamente seleccionada, en las que el paciente tiene que indicar su bienestar o manejo de la situación.

Los Medios y Fines de Solución de Problemas ("*Means-Ends Problem Solving, MEPS*") (Platt, J. & Spivack, G., 1975), constituyen un instrumento de evaluación de las personas, para generar alternativas de solución en situaciones sociales problemáticas.

C. Productos permanentes:

Un medio sencillo de evaluación es el examen de los productos tangibles de las interacciones sociales, por ejemplo, revisión de los objetos del bolso o cartera de un paciente (Lieberman, R. y otros, 1989). La información aportada por estos productos permanentes, ha de ser tomada meramente como orientativa, y siempre ha de contrastarse con algún otro procedimiento de evaluación.

D. Orientación directa:

La observación directa presenta numerosas dificultades de índole práctica, que limitan su aplicación en la evaluación del funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos. Se lleva a cabo fundamentalmente, con pacientes institucionalizados o en ambientes residenciales, utilizando como observadores al personal que se encarga de su cuidado (Lieberman, R. y otros, 1989).

Aunque se han desarrollado algunos procedimientos de observación estandarizados, en la mayor parte de los casos, el terapeuta desarrolla sus propias medidas, para evaluar las habilidades que deben modificarse.

2.9.5. Representación de roles:

Las pruebas de representación de papeles, también conocidas por su nombre en inglés “role-playing”, son las más utilizadas en la evaluación del funcionamiento social del esquizofrénico, ya que es una de las técnicas que se incluyen en la mayoría de los programas de entrenamiento en habilidades sociales con este tipo de pacientes (Bellack, A., 1983). Presenta una serie de ventajas frente a la observación directa, entre las que destacan:

- Control de los factores extraños.
- Posibilidad de grabar la conducta del paciente para su posterior puntuación.
- Posibilidad de estandarización.

Los problemas que se le atribuyen, se centran en la correspondencia o consistencia, entre el comportamiento de la persona en el role-playing, y en el ambiente natural o real.

Es importante cuidar que las situaciones seleccionadas en esta evaluación sean (Bellack, A., 1983):

- Tan similares como sea posible a las situaciones de la vida real del paciente.
- Relevantes para sus vidas y para los problemas con los que habitualmente se enfrentan.
- Para que la evaluación sea más fiable, es recomendable crear varias situaciones de role-playing, para cada una de las áreas problemáticas del paciente, con pequeñas variaciones entre ellas.
- También deben incluirse en la definición de la situación, las especificaciones sobre las características de la persona, con la que el enfermo va a interactuar durante las representaciones.

A los pacientes se les debe proporcionar una descripción detallada del procedimiento que se llevará a cabo, así como de los objetivos del mismo. Además, es necesario que esté familiarizado con el escenario o lugar en que se realizará y también con las personas con las que actuará.

Debido a que el role-playing se basa en la simulación del ambiente natural del sujeto, se requiere que éste se “meta” dentro del papel y se implique en la situación (Bellack, A., 1983).

En el role – playing es necesario tener en cuenta el tono afectivo que se utilizará en el procedimiento, ya que puede provocar reacciones adversas en los pacientes.

2.9.6. Otras formas de evaluación.

Los test situacionales constituyen una alternativa a medio camino, entre la observación directa y el role-playing (Aldaz, J. y Vázquez, C., 1996).

En ellos se observa la interacción del sujeto con la persona instruida para crear determinadas situaciones, sin conocimiento previo por parte del paciente, que está siendo evaluado. Por consiguiente, este tipo de test implica una observación del comportamiento “real” del paciente, similar a la que tendría lugar en la observación directa, en una situación altamente controlada, tal y como sucede en el role-playing. Estos procedimientos no se emplean de manera extensiva, debido a los problemas éticos que implican, ya que suponen el “engaño” del paciente (Aldaz, J. y Vázquez, C., 1996).

La evaluación de las habilidades sociales en esquizofrénicos, debe ir desde lo general (por ejemplo, la identificación de áreas de funcionamiento social alterado), a lo específico (identificación de los déficits específicos en habilidades sociales) (Mueser, K. & Sayers, M., 1992).

En este proceso puede adoptarse: Como primer paso, la lectura de los informes médicos, con objeto de identificar los problemas sociales del sujeto. A continuación, se obtiene información adicional, mediante entrevistas con el propio paciente, con personas de su entorno, y también, por auto-informes. Finalmente, para obtener datos más específicos, se recurrirá a la observación en su medio natural, o en situaciones de role-playing.

2.9.7 Rehabilitación cognitiva

Antes de iniciar la rehabilitación es necesaria una buena evaluación de las capacidades cognitivas, que permita identificar las capacidades intactas, y los déficits, para poder modificarlos. Entre las habilidades que se deben recuperar en los pacientes esquizofrénicos, se encuentra la capacidad cognitiva, básicamente la atención y la memoria (Florit, A. y otros, 1996).

2.9.7.1. La atención

Existen cinco niveles de atención que se deben rehabilitar. Estos son:

Atención focalizada: Hace referencia a la cantidad de información seleccionada en un momento dado. Es la capacidad para centrar la atención en un objeto. Es un nivel muy básico, y tan sólo parece quedar afectada en personas en estado de coma o con graves lesiones cerebrales (Alberca Serrano, R., 1998; Florit, A. y otros, 1996).

Atención sostenida: Es la capacidad para mantener la atención de forma continuada a lo largo del tiempo. Las personas que fallan en este nivel, son sujetos con una alta distraibilidad, baja amplitud de la atención o con dificultades para mantener el discurso del pensamiento (Contreras García, V., 2006; Florit, A. y otros, 1996).

Atención selectiva: Consiste en la capacidad para dirigir la atención a un estímulo ignorando otros estímulos presentes distractores. Se utiliza, por ejemplo, cuando una persona pretende seguir una conversación cuando hay un ruido de fondo. Es un indicador de la regulación de la dirección de la atención (Florit, A. y otros, 1996; Fuller Torrey, E., 2001).

Atención alternante: Se refiere a la habilidad de alternar el foco atencional entre diferentes tareas, sin distraerse o quedar confundido. Por ejemplo, cuando una persona está cocinando mientras pone la mesa. Está relacionado con la flexibilidad mental (Contreras García, V., 2006; Fuller Torrey, E., 2001).

Atención dividida: Consiste en la capacidad para trabajar simultáneamente en dos tareas diferentes. Este es el caso de conducir mientras se habla con el acompañante. Es una medida de la capacidad general de trabajo en paralelo en el sistema (Caballo, V., 2003; Florit, A. y otros, 1996).

La persona con esquizofrenia, presenta varios déficit de atención (Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T. & Mueser, K. T., 1990):

- No puede mantener su atención durante largos periodos de tiempo.
- Déficit en el filtro atencional.
- Menor velocidad de procesamiento visual.
- Déficit en el proceso de habituación.
- Se distrae con facilidad.
- Ante tareas complicadas, su sistema de procesamiento se sobrecarga. Ante una tarea con una baja demanda atencional, lo más probable es que el sujeto no presente ningún problema, y sí en tareas más complejas (Bellack, A. S. y otros, 1990).

Muchos autores proponen que estos déficits son la base explicativa de muchos comportamientos y síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, existe la hipótesis, de que la sintomatología positiva de la esquizofrenia, pueda ser debida a un déficit atencional, de modo que una persona con este trastorno mental, no es capaz de distinguir lo que es un “ruido cognitivo”, de la información que debe prestar atención en dicho momento (Bentall, R. P., Baker, G. A. & Havers, S., 1991”a”; Bentall, R. P., Kaney, S. & Dewey, M. E., 1991”b”). Así, por ejemplo, todas las personas, con enfermedad mental o sin ella, mantienen una cierta actividad cognitiva irrelevante (o ruido cognitivo) de la cual no son conscientes, mientras están haciendo otras tareas; sin embargo, un sujeto con esquizofrenia sí sería consciente de dicho ruido cognitivo y lo percibiría como algo central, ya que su atención se dirigiría a éste en vez de "apartar" esa información inútil.

A muchas personas esquizofrénicas cuando están teniendo alucinaciones se les puede detectar un habla subvocal, que corresponde a la alucinación auditiva, lo que corrobora la hipótesis previa sobre el ruido cognitivo. En este sentido, una persona que padece estos déficits, tiende a apartarse de situaciones complejas o excesivamente abrumadoras. Dada la importancia de estos déficits, su influencia en la vida cotidiana, sumado al malestar personal que produce en el sujeto que los sufre, se hace necesaria la rehabilitación cognitiva (Bentall, R. P. y otros, 1991" a"; Bentall, R. P. y otros, 1991" b").

2.9.7.2. La memoria

Las personas con esquizofrenia, presentan entre otros, los siguientes déficits mnésicos (Aldaz, J. y Vázquez, C., 1996; Koh, S., 1978):

- Poca capacidad para retener información, especialmente bajo condiciones de distraibilidad.
- Rendimiento deficiente, y peor cuando se requiere esfuerzo, por ejemplo tareas de recuerdo, frente a otras de reconocimiento.
- Deficiente organización mnemónica del material presentado.

En muchas ocasiones, se observa una mejora del funcionamiento mnésico del sujeto, luego de un programa de rehabilitación de la atención, ya que se asegura una mejor aprehensión de la información (Aldaz, J. y Vázquez, C., 1996; Florit, A. y otros, 1996).

En el caso que el paciente siga presentando problemas de memoria, se debe utilizar cualquier método que haga aumentar los esfuerzos de codificación de la información. Usar intervenciones, donde lo único que se pide a la persona, es que memorice textos u otros elementos, no sirve de nada. Dicho de otro modo, lo que sí funciona es que el individuo haga sus actos de un modo más consciente y menos automático: Por ejemplo, aprovechar los anuncios de la televisión, para hacer un resumen de la película que está viendo y así, recordar el argumento al día siguiente. Muchas de las estrategias mnemotécnicas, utilizan esta idea de aumentar el esfuerzo en la fase de codificación, por lo que también pueden ser útiles, por ejemplo, usar la primera letra de cada palabra (Aldaz, J. y Vázquez, C., 1996; Florit, A. y otros, 1996; Koh, S., 1978).

Además son útiles las estrategias de compensación: llevar un diario, una agenda, usar un avisador, poner notas de recuerdo, hacer una lista de la compra o de cosas pendientes.

2.9.8. El espectro de las intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales engloban una cantidad de actividades, que exceden a la rehabilitación cognitiva y al entrenamiento en habilidades sociales. Están encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y laboral; así como a aumentar sus recursos para hacer frente a todo tipo de conflictos, problemas y tensiones, favoreciendo los mecanismos de defensa. Entre las formas de intervención psicosocial se pueden citar las siguientes (Anderson, C. y otros, 1988):

- **Psicoterapia de apoyo**

Esta terapia engloba gran cantidad de intervenciones, basadas en el apoyo, consejo, cooperación y manejo de crisis. Es adecuada a las personas con esquizofrenia, debido al importante papel que desempeñan las actitudes de apoyo emocional de los profesionales en el tratamiento de estos pacientes. La alianza terapéutica basada en el apoyo, facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente, y contribuye de forma destacada a generar un contexto apropiado para la contención de sus ansiedades (Anderson, C. y otros, 1988).

- **Psicoterapia psicodinámica**

El tratamiento psicodinámico es una intervención que puede clasificarse como una de las terapias de conversación, en la cual, la relación entre la persona que busca el tratamiento y el terapeuta, conforma el componente principal de la terapia. Se estructura en torno a sesiones regulares de terapia individual, con un terapeuta experimentado o con un terapeuta bajo supervisión (Anderson, C. y otros, 1988).

- **Psicoeducación**

Esta forma terapéutica proporciona a pacientes y familiares información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas que de ella se derivan. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores, creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y la carga familiar (Lalucat, L., Angles, J. y Aznar, A., 2009).

- **Entrenamiento en habilidades de la vida diaria**

Desde la terapia ocupacional, el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, es la ocupación, que incluye las distintas actividades que una persona realiza a lo largo de su vida, para prepararse y desarrollar el rol que le es propio (Lalucat, L. y otros, 2009).

Las actividades de la vida diaria (AVD), que forman parte de las áreas de ocupación humana, incluyen dos modalidades: las básicas, orientadas hacia los cuidados del propio cuerpo: higiene personal, alimentación, vestido, movilidad, descanso y sueño; e instrumentales, orientadas hacia la interacción con el medio: cuidado de otras personas o de animales, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, administración financiera, mantenimiento y cuidado de la salud, mantenimiento y limpieza del hogar, preparación de la comida, hacer la compra, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia (Anderson, C. y otros, 1988; Lalucat, L. y otros, 2009).

Un alto porcentaje de personas diagnosticadas de esquizofrenia, suele presentar déficits en su funcionalidad, de modo que la capacidad para cumplir con las exigencias de sus roles, suele quedar alterada. Para atajar estos déficits, se aplican técnicas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, orientadas a la adquisición o mejora de habilidades relacionadas con los aspectos prácticos de las AVD, con el objetivo de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional (Anderson, C. y otros, 1988; Lalucat, L. y otros, 2009).

Los servicios de rehabilitación psicosocial, deberían incluir entrenamiento en habilidades sociales y en AVD básicas e instrumentales, para aumentar la independencia y la autonomía en los aspectos básicos y cotidianos (Anderson, C. y otros, 1988; Lalucat, L. y otros, 2009).

- **Apoyo a la inserción laboral**

La persona con esquizofrenia puede tener dificultades para el acceso al empleo. En la mayoría de los casos, estas personas desean encontrar un trabajo; sin embargo, existe un alto índice de desempleo en este sector de la población, debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental. Los programas de rehabilitación laboral, están dirigidos a pacientes que viven en la comunidad, no institucionalizados, que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial, depende en gran medida de los recursos y servicios de inserción laboral existentes en un determinado contexto (Blanco, A. y Pastor, A., 1997; Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C., Meisler, N. & Lehman, A. F., 2001).

La desventaja es que al obtener un trabajo, es posible que se produzca la pérdida de ayudas económicas públicas y compensaciones por invalidez, lo que en algunos casos genera inseguridad y dudas en los afectados y sus familias, acerca de la conveniencia de continuar el proceso de inserción laboral. En cualquier caso, hay que asegurar que el paciente dispone de una vía regular de ingresos económicos, que es una condición básica para cualquier planteamiento de vida autónoma en la comunidad. La vía más integradora y normalizadora para ello es un trabajo remunerado, pero cuando no es posible, hay que asesorar al afectado para acceder a las prestaciones de tipo económico a las que tiene derecho. También es conveniente ofrecer actividades que permitan una ocupación significativa, en los casos en que la inserción laboral no sea posible (Bond, G. R. y otros, 2001; Lalucat, L. y otros, 2009).

Los elementos comunes de los programas de rehabilitación laboral son, entre otros, el hecho de obtener un empleo normalizado y estable; el aprendizaje de las habilidades necesarias para un proceso de selección de trabajo; un apoyo ilimitado en el tiempo, y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo (Bond, G. R. y otros, 2001; Lalucat, L. y otros, 2009).

- **Utilización del tiempo libre**

Las personas necesitan tener acceso real al uso placentero de su tiempo libre, sea en actividades de tipo cultural, deportivo u otras. Por lo tanto, un programa de rehabilitación debe incluir actividades destinadas a mantener y facilitar el acceso a las mencionadas oportunidades. Cuando esto no sea suficiente, se puede promover la formación de Clubes Sociales. Estos espacios son ámbitos de socialización e inclusión programada en actividades culturales, deportivas y de esparcimiento, en los que el tiempo se estructura de la manera más parecida a la vida social de las demás personas. Se debe impulsar y promover su inclusión en el tejido social con otras formas naturales de congregación, de forma de no contribuir aún más a la segregación (Anderson, C. y otros, 1988; Lacárcel, M., 1995).

- **Recursos de vivienda**

Socialmente, se reconocen tres aspectos básicos para afirmar que una persona está plenamente integrada: vivienda, trabajo y ocio. Dentro de esta triple base, la vivienda se asocia a una mejor calidad de vida, a mejores relaciones sociales, así como a la disponibilidad y la idoneidad de las relaciones afectivas (Anderson, C. y otros, 1988; Lacárcel, M., 1995).

2.9.9. Un programa de rehabilitación

La **FUNDACIÓN RECUPERAR** es una Fundación para la Investigación y Tratamiento de las Esquizofrenias (Fundaciónrecuperar, 2013).

Nace en el año 2007, como una necesidad de avanzar en la investigación de las Esquizofrenias, y temas como Psicoeducación, Tratamiento, Farmacología y Diagnóstico Precoz.

Está constituida por el Dr. Raimundo Muscellini, médico psiquiatra fundador y actual director, y también por licenciados en psicología y acompañantes terapéuticos.

Su objetivo es mejorar la calidad de vida y la reinserción social de las personas que padecen esquizofrenia.

Esta fundación, trabaja en conjunto con distintos centros de intervención y tratamiento: **ACAPEF** (Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia); **CITES** (Centro de Intervención Temprana en las Esquizofrenias); y **Casa Club Bienestar**, todos organismos dedicados al estudio y tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Periódicamente la Fundación dicta seminarios e imparte charlas educativas sobre la enfermedad, destinada a profesionales de la salud, asistentes, familiares y público en general, donde el objetivo fundamental es promover el conocimiento científico y la psicoeducación entre la comunidad.

Su sede es José M. Chávez 48. Barrio San Salvador. Córdoba, Argentina.

CASA CLUB BIENESTAR

La Casa Club Bienestar nace el 24 de Octubre de 1999, como continuación del proyecto que surgió en 1992 con ACAPEF. Teniendo como antecedente las "Club House" de EEUU, se basa en un enfoque integral e innovador del tratamiento de la esquizofrenia (Fundacion Recuperar, 2013).

Este servicio ofrece tratamiento ambulatorio orientado hacia la rehabilitación y reinserción psicosocial de personas portadoras de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

Apunta a mejorar la calidad de vida, frente al deterioro psiconeurocognitivo, que ocasionan estas patologías, aprendiendo nuevas habilidades, y a la recuperación de las capacidades previas al comienzo de la enfermedad. Cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales, psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, monitores y profesores especializados en el dictado de cada taller.

Actividades: Se realizan con objetivos terapéuticos, que están orientados principalmente a adquirir habilidades prelaborales y laborales, en un programa de trabajo, con supervisión profesional permanente. La modalidad de trabajo, es a través de Laborterapia que se orienta en función de los intereses y posibilidades de los socios, conforme a su evolución, y funcionamiento previo (Fundación Recuperar, 2013).

Área terapéutica: Se realizan entrevistas familiares mensuales o semanales, de evolución a los socios, de supervisión de la medicación, y otras.

Área talleres: Son numerosos: radio, cocina, folklore, expresión corporal, musicoterapia, plástica, huerta, literatura, música, vídeo – debate, computación, carpintería, gimnasia, fútbol, artesanía, inglés.

Algunos de los socios, ya estables y recuperados, se encargan hoy de dictar algunos talleres acordes con sus habilidades, conocimiento y formación. Así, los talleres de carpintería, huerta, computación, inglés y literatura, son coordinados por pacientes talleristas.

El taller de artesanía expone a la venta en ferias, sus jabones, velas, y demás productos de elaboración propia.

Dentro del programa de rehabilitación psiconeurocognitiva, propuesto por Casa Club Bienestar se crea el proyecto de la panadería “La preferida”. Esta panadería, ofrece un conjunto de actividades pre - laborales donde se entrenan todas aquellas destrezas que son necesarias para el trabajo. Todo en un contexto protegido y supervisado con asignación de tareas y horarios que se ajusten a sus capacidades, para ir desarrollando habilidades que le permitan ir proyectándose hacia un empleo normalizado (Fundación Recuperar, 2013).

Se realizan fiestas para festejar cumpleaños o la llegada de la primavera. En enero los socios tienen sus vacaciones, y disfrutan de una estadía en Villa Giardino (Sierras de Córdoba).

CASA DE MEDIO CAMINO

En esta casa, un equipo especializado de acompañantes terapéuticos, convive con cuatro pacientes. Se les brinda apoyo y supervisión, por medio de un programa de rehabilitación esquematizado, cuyos objetivos son el entrenamiento de habilidades sociales, de autocuidado, (incluyendo las actividades de la vida diaria y el manejo de la medicación), y la autonomía progresiva (Fundacion Recuperar, 2013).

2.10. CAPÍTULO DÉCIMO: EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

2.10.1. Evolución

Actualmente se piensa que la enfermedad puede manifestarse en la infancia, por pequeños signos neurológicos y leves anomalías del comportamiento. Sin embargo, aún no es posible detectarla en esa etapa. Las primeras manifestaciones perceptibles, se presentan en la adolescencia. Los síntomas prodrómicos, se desarrollan en el curso de días o meses y pueden prolongarse por más de un año, hasta que aparece la enfermedad manifiesta (Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

Por lo general, los síntomas y signos prodrómicos son diagnosticados retrospectivamente. Consisten en quejas inespecíficas, como debilidad, cefaleas, algunas molestias o dificultades de concentración. Los familiares y amigos advierten un cambio en el paciente, notan que se aísla, anomalías en la conducta, y disminución de su funcionamiento social, laboral o académico. Se agregan anormalidades del afecto, del lenguaje y experiencias perceptivas anómalas. El comienzo de los síntomas, puede verse precipitado, por situaciones estresantes, mudanzas, experiencias con drogas o muerte de un familiar (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003).

A partir del primer episodio psicótico, puede observarse una lenta recuperación, habitualmente con recaídas. Luego de cada una, se advierte un deterioro acumulativo en el funcionamiento del paciente. El curso clásico es una alternancia de exacerbaciones y de remisiones, con un deterioro residual creciente. Este curso distingue la esquizofrenia de los trastornos del estado de ánimo, en los cuales después del episodio crítico, hay una recuperación del funcionamiento hasta el nivel inicial.

Los síntomas positivos tienden a ser menos severos con el tiempo, no así los negativos o deficitarios, que pueden tornarse más graves (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003).

Un tercio de los pacientes logran una relativa buena reintegración social y laboral, pero muchos, permanecen en el aislamiento y la marginación, cuando no en la pobreza y la indigencia. Por esta razón, es indispensable insistir en la rehabilitación social, manejo de habilidades, formas de afrontar el estrés y distintas terapias, de las que se habló, (capítulos octavo y noveno), tales como labor o musicoterapia.

Los seguimientos al cabo de cinco a diez años muestran que un 50 % permanece con exacerbaciones y rehospitalizaciones, algunos episodios depresivos e intentos de suicidio, arrastrando déficits significativos, durante toda su vida. Se estima que alrededor de un 30 % de los esquizofrénicos, tiene una buena recuperación y un 20 % una recuperación parcial (Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

Hace veinte años, se consideraba que cuando aparecía un episodio esquizofrénico en la vida de una persona, significaba que debía tomar medicamentos por el resto de su vida y que se iba a deteriorar progresivamente. Estos criterios, afortunadamente, han ido cambiando. En la actualidad se trabaja para mejorar ese cuadro y revertir esos porcentajes. Cuando hay factores adversos en el ambiente, o existen alteraciones anatómicas, la evolución tiende a complicarse (Cohen, B., 2003).

2.10.2. Formas de evolución

En la esquizofrenia pueden identificarse tres situaciones: el episodio único, el episódico y la evolución continua (Frenk Mora, J. y otros, 2002).

1. Esquizofrenia con un episodio único: Un episodio único es raro, representa el 10% de la evolución de los pacientes con esquizofrenia. Para considerarse esta evolución, debe descartarse que se haya tratado de un trastorno esquizofreniforme, o sea que el padecimiento haya tenido una duración menor a seis meses.

Por otro lado, el período de observación, debe ser mayor a un año.

Existen dos posibilidades que pueden observarse en un paciente con un episodio único: que éste haya remitido totalmente y no existan síntomas residuales (la menor de las ocasiones), o que la remisión haya sido parcial y se observe sintomatología negativa o positiva atenuada. El primer caso es tan remoto que cuando llega a suceder, el clínico debe revisar el diagnóstico y pensar que posiblemente se haya tratado de un episodio afectivo. El pronóstico del episodio único en la esquizofrenia está determinado por la ausencia o presencia de la sintomatología residual (Hales, Y., 2004; Psicología on line, 2013).

2. Esquizofrenia con evolución episódica: Es el tipo de evolución más observado en la esquizofrenia. Se estima que el 50 a 60% de los pacientes presentan esta evolución. Ellos se pueden encontrar en un episodio o bien en un período interepisódico, siendo este último el que reflejará el pronóstico. Mientras el episodio se caracteriza por la presencia de dos o más síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, etc.), el período interepisódico, se caracteriza principalmente por los síntomas negativos. El comportamiento de éste, está directamente vinculado al pronóstico del padecimiento.

De esta manera, se puede observar un período interepisódico, caracterizado por la presencia de síntomas residuales (negativos y positivos atenuados), y uno sin la presencia de síntomas residuales, donde éste último presenta un mejor pronóstico con respecto al anterior, independientemente de la fase episódica de cada uno (Cohen, B., 2003; Hales, Y., 2004; Psicología on line, 2013).

3. Esquizofrenia con evolución continua: Aproximadamente entre un 10 a un 15% de los pacientes con esquizofrenia, presentan un curso continuo, es decir la perpetuidad de los síntomas positivos, a pesar de estar bajo diferentes esquemas de tratamiento. A estos pacientes se les ha denominado “refractarios”, o que no responden a las diversas terapias.

Se han identificado como factores de riesgo para presentar esta evolución, el sexo masculino, la edad temprana de inicio, el subtipo desorganizado, alteraciones neuropsicológicas determinadas, antecedentes genéticos del padecimiento, y anormalidades estructurales cerebrales. De hecho estos pacientes, son los que ocasionan una gran disfunción social, ya que la mayoría son abandonados por sus familiares, y requieren de una estancia hospitalaria para toda la vida, por la incapacidad que el padecimiento genera (Cohen, B., 2003; Hales, Y., 2004; Psicología on line, 2013).

2.10.3. Pronóstico de los subtipos de esquizofrenia.

Desde el punto de vista de los subtipos de esquizofrenia, se considera, que el hebefrénico y el simple, son los que tienen peor pronóstico. Éste mejora, en cambio, para el paranoide, el catatónico, y para el episodio esquizofrénico agudo (Ferrari, H. A., 1997).

En cuanto al inicio de la enfermedad, los que tienen un inicio súbito, tienen mejor pronóstico, que los que presentan un comienzo lento y progresivo. Cuanto más temprano en la vida se presentan los síntomas, peor es el pronóstico. Además, cuando han seguido un curso episódico, estos tienden a espaciarse o a desaparecer después de los 40 años de edad.

La presencia de factores desencadenantes o precipitantes, hablan de mejor pronóstico que cuando no existen (Oyola, R. F. y Gijón, C., 2007).

Una historia de buen ajuste previo a la enfermedad, en áreas importantes como el funcionamiento social, sexual, laboral y familiar, hablan a favor de una buena evolución. El pertenecer a una familia bien conformada, con buenos patrones de comunicación y ayuda mutua, que le brinden apoyo al paciente, favorece el logro de un buen futuro.

2.10.4. Indicadores de pronósticos

El sexo, aunque de similar prevalencia, y la edad de inicio, inciden en el curso favorable de la enfermedad. Aparentemente, las mujeres, funcionan mejor con este trastorno, lo que se evidencia por el hecho que muchas están casadas y tienen empleos.

La dosis media de fármacos antipsicóticos necesarios para el tratamiento de mantenimiento, también es menor en mujeres. En ellas es más frecuente la esquizofrenia de inicio tardío, luego de los 30 años, y presentan más síntomas del estado de ánimo, que los varones, como depresión, en fase residual (Brainin, J. E. y otros, 2000; Psicología Online, 2013). En la siguiente tabla (Tabla 3) se detallan los factores indicadores de buen y mal pronóstico (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003):

Tabla 3. Factores que hacen a un buen o mal pronóstico.

Factores	Buen pronóstico	Mal pronóstico
Edad de inicio	En etapa adulta.	Persona joven.
Inicio de la enfermedad	Agudo.	Insidioso.
Factores precipitantes	Tensiones evidentes.	Ninguno.
Funcionamiento premórbido social, sexual y laboral.	Bueno.	Malo.
Perturbación afectiva.	Depresión.	Ninguno o ensimismado.
Estado civil.	Casado	Soltero, divorciado o viudo.
Antecedentes familiares.	Trastorno del estado de ánimo.	Esquizofrenia.

Tipo de síntomas	Positivos.	Negativos.
Signos neurológicos.	Ninguno.	Presentes.
Antecedentes de traumatismo perinatal.	Ninguno.	Positivos
Antecedentes de recaídas.	Ninguno o pocos	Muchos
Antecedentes de agresividad.	Ninguno.	Presentes.

Fuente: Brainin, J. E. y otros, 2000.

Los estudios acerca de la evolución de la esquizofrenia, concluyen en evidenciar que ésta es una enfermedad crónica, y que tiene una gran variabilidad en el curso. Así, entre los factores que favorecen un buen pronóstico, se han identificado variables sociodemográficas, el sexo femenino; la historia psiquiátrica familiar, con ausencia de trastornos esquizofrénicos; un buen funcionamiento social premórbido, (situación laboral estable, matrimonio, buenas relaciones interpersonales); el tipo de comienzo de inicio tardío; presencia de síntomas afectivos o confusionales, síntomas paranoides, síntomas positivos, ausencia de sintomatología obsesiva-compulsiva asociada (Brainin, J. E. y otros, 2000).

Se han estudiado diversos factores psicosociales, que influyen en la aparición de recaídas y en la evolución global de la enfermedad, como la presencia de acontecimientos vitales, la alta emoción expresada familiar (EE), el bajo funcionamiento social y las redes de soporte social pobres (Chinchilla Moreno, A., 2007; Cordero, M., 1977; Binasss, 2011).

2.10.5. Evolución de pacientes institucionalizados

Según manifiestan numerosos autores, los temas relativos a las redes de soporte social, son fundamentales, tanto en la evolución de los trastornos de los pacientes desinstitucionalizados, como en la calidad de vida de los mismos. Los resultados de un estudio, que compara la evolución de pacientes que permanecen ingresados en instituciones de salud mental, con otros tratados en la comunidad, muestran que éstos mantienen un estado clínico y de deterioro estable, con reingresos cortos, sin incremento de la criminalidad ni de la mortalidad, pero con una mejora en la calidad de vida, mayor satisfacción, más autonomía y con un incremento de las relaciones interpersonales, con "amigos" fuera del círculo familiar o sociosanitario. A los 5 años, estos resultados se mantienen (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003; Fuller Torrey, E., 2001).

Las repercusiones que los acontecimientos vitales tienen sobre las personas, son diferentes dependiendo del apoyo que encuentran en su medio social más cercano. Es decir, el soporte social amortiguaría estos efectos en los pacientes, que a su vez, y según su diferente grado de vulnerabilidad, reaccionarían de un modo u otro (Brainin, J. E. y otros, 2000; Cohen, B., 2003; Binasss, 2011).

2.10.6. La recuperación

Para medir la evolución de la enfermedad es necesario definir qué se entiende por recuperación: Algunos profesionales se apoyan en el concepto clínico, y hacen hincapié en la remisión de los síntomas. Otros se orientan a las posibilidades de llevar una vida digna y fructífera, aún dentro de un variable grado de discapacidad. Para la esquizofrenia, la recuperación no significa curación total o remisión completa de los síntomas; sino que es un proceso de mejora, el cual permite la actividad laboral, buenas relaciones e inclusión social. Es por lo tanto, un estado en que el paciente, tiene la capacidad para funcionar social y laboralmente al tiempo que está relativamente libre de sintomatología (Chinchilla Moreno, A., 2007; Contreras García, V., 2006).

Los trastornos mentales severos, en particular la esquizofrenia, han sido históricamente considerados como enfermedades crónicas, sin esperanzas de recuperación (Contreras García, V., 2006).

Afortunadamente, esta concepción tan pesimista de la época de E. Kraepelin fue cambiando. Hoy se sabe que la evolución de la enfermedad, es mucho más favorable. Cobran importancia para una buena evolución el diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento, una buena rehabilitación, la orientación personal y motivación del paciente y el entorno social y familiar. La recuperación necesita también que se los considere como personas, y no como simple portadores de enfermedad. Es imprescindible eliminar el estigma y la discriminación de la sociedad debida a la ignorancia.

Los porcentajes de recuperación, encontrados en los estudios de investigación realizados, son superiores al 50 % (Anexo N°1 – Gráfico 1) (Chinchilla Moreno, A., 2007; Contreras García, V., 2006).

Un paciente recuperado debe tratar de evitar trabajos muy estresantes, que requieran el empleo de instrumentos muy precisos o muchas horas continuadas de estudio o trabajo. Con esas limitaciones, salvo la conducción de vehículos, puede elegir entre vastas opciones: trabajos independientes, oficinista, docencia, comercio, distintos oficios y profesiones.

Los que elijan medicina deben tener en cuenta la inconveniencia de realizar guardias de muchas horas y entre las especialidades evitar la cirugía.

2.11. CAPÍTULO DÉCIMO PRIMERO: CASOS CLÍNICOS

Los siguientes casos clínicos fueron extraídos del Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimientos de la Lic. Ferreiro, Estela (VAEfe) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período: diciembre 2011 a diciembre de 2013.

2.11.1. Caso 1. Uso de clozapina.

Marta P.⁷⁸ presentó su primer episodio de psicosis a los 18 años, durante su primer año de universidad. Debió ser hospitalizada con delirios, alucinaciones e ideas suicidas. Los antipsicóticos tradicionales, no lograron mejoría. Durante más de diez años, vivió en distintas residencias para enfermos mentales.

Luego de comenzar el tratamiento con *clozapina*, se notó una notable mejoría. Meses después, se mudó a su propio departamento, y retomó sus estudios. El estrés de volver a estudiar, le produjo una nueva recaída y hospitalización. Más adelante, fue derivada al Centro VAEfe, donde, además de la medicación, recibió terapia psicológica individual, grupal y familiar.

Se obtuvieron buenos resultados. Actualmente, con 35 años, vive independientemente. Atendiendo sus limitaciones, toma algunos cursos, con ritmo lento.

2.11.2. Caso 2. Con influencia genética y drogas

A la sala de urgencias de un hospital universitario, llega Susana J., una estudiante de 19 años, a instancias de una compañera, quien indica que actúa raro.

Susana relata que “escucha voces”. Las alucinaciones auditivas, se habían iniciado ocho meses atrás. La incomodan bastante los comentarios injuriosos, y teme repetirlos en voz alta. Las compañeras agregan, que su comportamiento está muy cambiado: “Habla constantemente de sus experiencias psíquicas, no paga el alquiler, deja ropa tirada, prende y apaga innecesariamente los aparatos”.

⁷⁸ Se mantiene en reserva la identidad de las personas

La joven niega tener antecedentes psiquiátricos. Es la mayor de dos hermanas, de padres separados, tímida de niña. Indagando, se encuentra que tiene una tía con una enfermedad mental. Además, en el interrogatorio, acepta haber usado drogas: marihuana, LSD, hongos alucinógenos, y también cocaína, en algunas ocasiones. Las deja cuando comienza a escuchar voces.

En la entrevista, muestra pensamientos con asociaciones poco congruentes, derivadas de las “voces”. Tras haber descartado causas orgánicas, se le diagnostica esquizofrenia, con base genética.

En el centro de referencia comenzó con un tratamiento psicológico y psiquiátrico (*zyprazidona* y *clonazepán*). Luego de varios años de terapia, pudo retomar sus estudios con un ritmo más lento.

2.11.3 Caso 3. Con características de agresión

A Natalia de 30 años se le diagnosticó la enfermedad, alrededor de los veinte. Tenía alucinaciones, y su familia notó actos incoherentes, como por ejemplo, trabajando en una tienda, hacia las cinco de la tarde, miraba el reloj, iba hacia la puerta de la tienda, bajaba la persiana y decía que se iba, que ya era la hora de cerrar.

Al cabo de un tiempo de cometer este tipo de acciones, su padre decide llevarla al Hospital. Allí le hacen una tomografía en la que no se encontraron alteraciones, salió bien. Sin embargo, la internan con diagnóstico de trastorno esquizofrénico.

Ella dice que en esa fase, no era totalmente consciente de lo que hacía ni de lo que le pasaba. El diagnóstico del médico fue rápido. En el hospital la trata una doctora, que la medica sin análisis previos, con drogas (*haloperidol*, *diazepán* y *litio*) que la deja “como un drogadicto”, sin fuerzas, sólo dormía. Su madre, al verla así, decide cambiar de médico. El nuevo doctor, descubre por un análisis, una intoxicación por exceso de *carbonato de litio*, a causa del largo e inadecuado tratamiento, recetado por la médica anterior. Él le receta antidepresivos y tranquilizantes.

Más adelante, en otro período, realiza actos impulsivos, alocados, como cruzar la calle sin mirar, o saltar los semáforos, y compras sin control.

Una fuerte crisis, fue a raíz del parto de su primer y único hijo. No podía dar el pecho al niño y, por eso, le suministran un tratamiento para la retirada de la leche, que resulta contraindicado con su medicación anterior, por lo cual su estado empeora. Comienza a ponerse agresiva y pelea con su marido. Nuevamente en el hospital, le cambian la medicación.

Continúa la conducta agresiva, abandona los remedios, hasta que la familia, en una crisis, debe llamar a la policía. En el hospital, continúan las agresiones y deben tranquilizarla: le administran valium (*diazepán*). De regreso en el hogar, ya estabilizada, sigue el consejo de los médicos, y poco a poco, retoma sus actividades cotidianas, y vuelve a hacerse cargo de su hijo, que ya tiene casi un año.

Actualmente, concurre regularmente al centro VAEfe, recibe terapia psicología y psiquiátrica (un solo medicamento *risperidona*), es consciente de que si lo deja volverá a recaer e intenta no olvidar ninguna de las tomas. Acepta la enfermedad y le duele haber hecho daño a los suyos y no haber podido disfrutar de su hijo en una de sus mejores etapas.

2.11.4 Caso 4. Esquizofrenia paranoide, también con manifestaciones agresivas

Luis, cuando niño, era conflictivo, tímido y con dificultades en las relaciones sociales. No tenía verdaderos amigos. En la adolescencia se volvió incluso más retraído, e insistía en que sus padres y hermanas mayores no entraran en su habitación. Se compraba sus propios alimentos, pues decía que la comida de sus padres estaba "contaminada con pesticidas". Sus notas escolares, nunca brillantes, fueron cada vez peores, y a los diecisiete años abandona la escuela. Sus padres sugirieron consultar un psiquiatra, pero él no quiso.

Las características claramente psicóticas, se hicieron evidentes durante el año que deja los estudios. Oía voces que le hablaban y a veces sus padres podían oírle gritar, gritando a las voces que se fueran. Estaba convencido de que sus padres intentaban envenenarle y sólo comía alimentos precintados que abría él mismo.

Aunque cuidaba su aseo personal, a veces llegaba a pasar una hora en la ducha "purificándose", su cuarto llegó a estar terriblemente desordenado. Se empeñaba en conservar viejas latas y envases de comida, porque, según decía, necesitaba compararlos con lo que sus padres traían del supermercado para estar seguro de que no estaban falsificados.

Un día, mientras Luis estaba en el baño purificándose, su madre le limpió la habitación. Llenó varias bolsas con los envases y los tiró a la basura. Cuando salió del baño y vio el orden de su habitación, agredió a su madre con gritos, insultos y golpes, tirándola al suelo. Volvió a su cuarto, cerrando con un portazo. Con este episodio, los padres comprendieron que debían internarlo. El juez decretó su arresto temporal, y tras una evaluación psiquiátrica, se le recluyó en un hospital local. El diagnóstico fue "esquizofrenia de tipo paranoide".

En dicho hospital, comenzó un tratamiento con *clorpromazina*, que le ayudó considerablemente. Durante las primeras semanas, manifestó algunos síntomas que con frecuencia se observan en la enfermedad de Parkinson, temblores, rigidez, andar arrastrando los pies, falta de expresión facial, que luego disminuyeron. Las voces seguían hablándole, pero menos que antes, e incluso, muchas veces podía ignorarlas. Su suspicacia disminuyó, e iba de buena gana, a comer en el comedor de los internados. Como aún tenía obvios delirios paranoides, permanecía en el hospital. Por alguna razón, en una oportunidad, se negó a tomar voluntariamente la medicación, por lo que sufrió una grave recaída.

Luego de varios años, los síntomas neurológicos empeoraron. Comenzó a fruncir los labios y a dar resoplidos; más tarde, a hacer muecas, sacando la lengua y girando bruscamente la cabeza a la izquierda. Llegaron a ser tan intensos que le dificultaban comer. Su médico le prescribió otro fármaco más, que los redujo, pero no los suprimió. Este profesional, le explicó a los padres, que los problemas neurológicos, eran las reacciones adversas a la medicación que controlaba los síntomas psicóticos. Reconoció que necesitaba otra medicación para tratar la esquizofrenia, que no produjera esos efectos.

Posteriormente llegó al centro VAEfe derivado por un profesional del hospital donde permanecía internado.

En dicho centro inició una terapia de rehabilitación mientras le fueron cambiando los neurolépticos, hasta que se logró buen efecto con *olanzapina*.

2.11.5 Caso 5. Con enfermedad orgánica asociada

El “Síndrome de Gilbert” o hiperbilirrubinemia idiopática no conjugada, es una enfermedad crónica y benigna, (Farreras, P. y Rozman, C., 2008, “Vol I”), que cursa con hiperbilirrubinemia no conjugada, sin cuadros hemolíticos, ni evidencia de enfermedad hepática. Se asocia a esquizofrenia, como sucede en este caso, debido al efecto neurotóxico de la bilirrubina.

Pedro, un adolescente de 16 años, es llevado por sus padres al servicio psiquiátrico del hospital, por un comportamiento extraño, que había progresado en los últimos años: “Está triste, deprimido, y habla de suicidio”. Este joven que siempre fue tímido, solitario, con pocos amigos, se hace más retraído, y se vuelve terco y autoritario.

Acusa a sus padres de marginarlo, los insulta sin motivo aparente, golpea los objetos, “todo lo interpreta al revés”. Tiene conductas extrañas, comentarios incoherentes. En su aspecto personal hay descuido, poco aseo, abandono, “siempre se pone la misma ropa”.

En el ingreso hospitalario, se muestra agresivo, grita contra sus padres, por lo que se hace necesario contenerlo farmacológicamente. Se le interna por “posible cuadro psicótico”, con autorización de sus padres por ser menor de edad.

Los antecedentes familiares de interés, incluyen el fallecimiento de un abuelo, a quien estaba muy unido, y una abuela con demencia.

Se le realizan estudios bioquímicos y de imágenes, con resultados normales, con excepción de la bilirrubina total y directa, que está aumentada.

En el examen psicopatológico, se encuentra vigil, consciente, ubicado en tiempo y espacio, conservando intactas las funciones intelectivas superiores, de memoria, concentración y cálculo.

El lenguaje es pobre, en el pensamiento se evidencia escasez productiva, borrosidad de conceptos, tendencia a la perseverancia; memoria e interpretaciones delirantes y erróneas.

Relata sensación de miedo e inseguridad, con sospechas, temores y sentimiento de que “algo va a suceder”. La angustia es elevada y la afectividad inapropiada. No tiene conciencia de enfermedad.

Es medicado con *risperidona*, *zuclopentixol*, *lorazepán*, y *biperideno* (para contrarrestar los efectos adversos).

Su evolución en los últimos tres años manifiesta deterioro conductual, con rasgos de embotamiento, apatía y abulia. Continúa el pensamiento empobrecido y el aislamiento social. Los síntomas psicóticos positivos son poco relevantes, predominando los negativos. Se le aumentan las dosis de *risperidona*, para controlar los síntomas, pues empeora si se disminuyen.

El diagnóstico es Esquizofrenia hebefrénica (F 20.1), con rasgos de personalidad esquizoide y Síndrome de Gilbert.

Años más tarde, ya no hospitalizado, comienza una terapia de rehabilitación en el centro VAEfe, se suprimen el *zuclopentixol* y el *biperideno*, con lo que luego de un tiempo, empiezan a remitir los síntomas negativos.

2.11.6. Caso 6. Alucinaciones casi permanentes

Raúl L., estudiante de ingeniería de la Universidad de Buenos Aires (UBA), comienza con los síntomas a los 22 años. Sin saber qué hacer, llama por teléfono asustado a sus padres. Les dice que tiene alteraciones sensoriales, sobre todo frente al espejo “me veo muerto”. También empiezan las alucinaciones, primordialmente visuales y auditivas. Sin poder afrontar sus exámenes de fin de año, regresa a su ciudad (del interior de la provincia de Santa Fe).

En su familia no hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas. Cuenta con sus padres, hermanos y abuelas (sus abuelos fallecieron). Él es un chico normal, estudioso y algo tímido.

Esta presentación de la enfermedad, es la culminación de una temporada de mucho estrés (que puede considerarse el “desencadenante”): La recuperación de ciertos exámenes le demandó un tiempo de largas horas de estudio por día (casi veinte horas diarias), con poco sueño, y seguramente también, poco alimento.

Un profesional consultado, diagnostica “surmenage”, diciendo que luego de unas vacaciones iba a estar bien.

La mejoría no se produce, y las alucinaciones continúan. Allí comienza un largo peregrinaje, por distintos consultorios de psiquiatras, tratamientos con distintas drogas, neurolépticos como el *haloperidol*, ansiolíticos y también *carbonato de litio*, que en lugar de mejorarlo, lo empeoran. Las múltiples reacciones adversas, suman otros medicamentos más, en su intento por contrarrestarlas. Se lo interna, en distintas oportunidades, en una clínica psiquiátrica de Santa Fe, sin resultado alguno. Las altas dosis de los medicamentos le producen convulsiones, en tres episodios, por lo que le aumentan las dosis de *diazepán* (valium), usado como anticonvulsivante.

Está siempre acompañado y apoyado por la familia. Las alucinaciones no disminuyen; se cambian los neurolépticos: El *haloperidol* se sustituye por *risperidona*, y luego por *clozapina*, pero siempre con altas dosis, que lo mantienen tranquilo, pero “dopado”.

Más adelante, es derivado al centro VaeFe. Éste es el comienzo de una lenta mejoría. Poco a poco le disminuyen las dosis de *clozapina* y de *clonazepán*, un ansiolítico. Le suprimen el *litio* y el valium. Empieza además, un tratamiento endocrinológico, porque el *litio* le produce una alteración tiroidea.

Luego de un año de visitar regularmente el centro VAEfe, puede por fin, retomar su carrera universitaria. Las alucinaciones siguen, casi nunca desaparecen, pero generalmente, salvo en situaciones estresantes, están quietas, tranquilas. El recomienzo es lento (una sola asignatura el primer año, dos el segundo). Muy despacio, con muchos obstáculos, luego de varios años, siempre asistido por profesionales del centro, completa su carrera.

2.11.7. Caso 7. Con antecedentes psiquiátricos familiares

Jorge, de 23 años, es soltero, tiene estudios secundarios incompletos y trabaja como ayudante de albañilería.

Sus alteraciones comienzan a los 15 años, con incrementos en su actividad cotidiana, planes irrealistas y aumento de deseo sexual (se masturba). Luego de un tiempo el exceso de actividad cesa y empiezan la depresión y los delirios de índole sexual, “imágenes en que se convertía en homosexual o mataba a su hermano”, y alucinaciones auditivas con el mismo tema.

Es llevado al hospital, donde le diagnostican esquizofrenia paranoide, y le indican *haloperidol* y luego *risperidona*. Sin mejoría, empeoran los delirios (sensaciones sexuales) y la depresión, con ideas suicidas. A la medicación se le agregan antidepresivos (*fluoxetina*), y también *valproato de sodio*.

La relación con sus padres no es buena, siente que no lo apoyan económica ni afectivamente y discute mucho con su madre.

Su estado empeora y comienza a autoagredirse (cortes en las muñecas y antebrazos), por lo que le incrementan las dosis de *fluoxetina*. Cesa la autoagresión, pero vuelven las “voces” (alucinaciones auditivas).

Se suceden varios altibajos, con abandono del tratamiento, otros diagnósticos: “Trastorno bipolar”, y “Trastorno Dismórfico corporal”; otros medicamentos, e intentos de suicidio. Recibe durante un tiempo, terapia electroconvulsivante (TEC) (alrededor de veinte aplicaciones).

Las mejorías fueron sólo momentáneas. Los delirios de índole sexual permanecen.

Entre sus antecedentes, destacan eventos y deseos sexuales en su niñez, un primo homosexual, y además, episodios y tratamientos psiquiátricos en sus familiares.

En su examen actual, en el centro VAEfe, se encuentra vigil, orientado, colaborador con la entrevista, con lenguaje débil, pero bien hilvanado.

En lo afectivo algo melancólico y triste. En el pensamiento, destacan ideas obsesivas de contenido sexual. Presenta dismorfofobia⁷⁹ sensitiva referida a la región anal. La consciencia de enfermedad está conservada en tanto el paciente solicita ayuda urgente por la intensificación de algunos síntomas. Con resistencia al comienzo, sigue la terapia psicológica y continúa la medicación (*clozapina*).

2.11.8. Algunos comentarios

Estudiando los casos referidos, se encuentran algunas constantes:

- El comienzo se produce alrededor de los 20 años. En algunos antes, durante la adolescencia. Afecta tanto a mujeres como a varones.
- Todos manifiestan oír voces (alucinaciones auditivas).
- Son frecuentes los delirios, con distintos temas; los estados depresivos y las ideas suicidas.
- Se pueden encontrar antecedentes genéticos y características agresivas; también enfermedad orgánica asociada.
- Con los antipsicóticos típicos, al comienzo se obtienen buenos resultados, pero luego para mantener el efecto, se deben incrementar las dosis, con lo que se hacen más manifiestas las reacciones neurológicas secundarias.
- Los casos con mejores resultados, hablan de tratamiento psicológico, además de farmacológico, mantenidos durante varios años.
- Se debe iniciar el tratamiento, habiendo confirmado previamente el diagnóstico, sin aumentar drogas con dosis altas, que sólo empeoran al enfermo.
- Las hospitalizaciones sólo son adecuadas en las crisis, cuando hay riesgos de agresión a sí mismo o a otros, sin prolongarlas más de lo necesario.
- Las mejores rehabilitaciones se producen en ambiente hogareño, con amor, cuidados y comprensión familiar. Esta “terapia” de hogar, es indispensable.

⁷⁹ Trastorno mental que genera una imagen distorsionada del propio cuerpo.

2.12. CAPÍTULO DÉCIMO SEGUNDO: ASPECTOS SOCIALES

2.12.1 La esquizofrenia en la sociedad

La esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente, y una fuente significativa de morbilidad y mortalidad. Todos los médicos deben conocerla, ya que seguramente, se toparán con ella en algún momento. Además, puede ser difícil de tratar, por mala respuesta a los medicamentos, altas tasas de recidivas, y también, de suicidios (Benedetti, G., 1996).

Estas personas con frecuencia, han “descendido” en la escala socioeconómica. A menudo, tienen limitado el acceso a los recursos médicos y sociales, lo que empeora su situación.

Debido a las reducciones en los fondos públicos para la salud, a la falta de cumplimiento con la medicación y los cuidados de seguimiento, muchos pacientes no reciben el tratamiento adecuado.

Las condiciones de sobrepoblación en áreas urbanas, y los bajos niveles socioeconómicos, ocasionan que los individuos esquizofrénicos, tengan elevada incidencia de uso de drogas (Brainin, J. E. y otros, 2000; Plan de Salud Mental, 2012).

Los enfermos provocan con frecuencia, reacciones emotivas en quienes los rodean. Los médicos, pueden sentirse confundidos, y se distancian de ellos.

El uso del término “esquizofrénico”, se suele utilizar en forma despectiva, para designar a sujetos con trastornos psicóticos, o problemas de personalidad.

Estos pacientes, también generan ansiedad e incomodidad, entre los proveedores de cuidados de salud, porque les es muy difícil comprender los síntomas (Brainin, J. E. y otros, 2000).

2.12.2 Impacto económico

La esquizofrenia y la demencia, junto con la depresión, el trastorno bipolar y las adicciones a sustancias tóxicas, constituyen el mayor costo sanitario, alcanzando un 30% del gasto en psiquiatría (Saldivia Borquez, S., Torres González, F., Cabases Hita, J. M. & Group, P., 2005).

La esquizofrenia suele ser diagnosticada en etapas tardías, cuando aparecen los síntomas psicóticos, por lo que la falta de una detección y tratamiento precoz, no permite un mejor pronóstico y calidad de vida para el paciente. Los fármacos, unido al resto de la terapia de rehabilitación, resultan imprescindibles para conseguir la remisión de síntomas y para lograr un ambiente de seguridad en la conducta del paciente, (un diez por ciento de los cuales se suicida) (Mesa Castillo, S., 2000). Desde el punto de vista económico y humano podemos dividir los costos en:

- Costos directos: Implican un desembolso de recursos por parte del sistema o del paciente. Incluyen los costos médicos y los no médicos como atención paramédica, hospitalización, medicamentos, transporte del paciente, asesoría legal, daño en las personas o en los objetos y otros (Saldivia Borquez, S. y otros, 2005).

- Costos indirectos: Son el resultado de una pérdida de riqueza, debido a la disminución de producción y de ingreso de los pacientes. Éstos y sus familiares, para cuidarlos, dejan de trabajar, lo que genera un cese o una reducción de productividad causado por la enfermedad. Se ha demostrado en todo el mundo, que estos costos indirectos representan una mayor proporción que los directos (Saldivia Borquez, S. y otros, 2005).

- Costos intangibles: Son muy difíciles de cuantificar en dinero y tienen que ver con el sufrimiento de los pacientes y sus familiares. También debemos tenerlos en cuenta, cuando hacemos los análisis económicos, aunque no se puede medir la vida y los sufrimientos en términos monetarios.

La suma de los costos directos e indirectos, puede llegar en algunos países desarrollados (como por ejemplo Estados Unidos de América) a más de 60 mil millones de dólares (Mc Gorry, P., 2005; Saldivia Borquez, S. y otros, 2005).

2.12.3. Importancia de un diagnóstico temprano

No existe hasta el presente, una prueba biológica para el diagnóstico de la esquizofrenia, en la fase prodrómica, ni aún en la fase psicótica. Esto imposibilita diferenciarla de otra enfermedad psiquiátrica e implementar un tratamiento temprano. Una prueba biológica, sería además no sólo útil para el diagnóstico, sino que podría aplicarse para la investigación de la enfermedad, en sus distintos estadios (Mc Gorry, P., 2005; Mesa Castillo, S., 2000).

E. Kraepelin y E. Bleuler reportan la presencia de síntomas no específicos, ya presentes en el período pre-mórbido de la enfermedad, antes de la aparición de las crisis psicóticas. Estos síntomas indican el comienzo de la dolencia, mucho tiempo antes de que se haga el diagnóstico por primera vez (Mc Gorry, P., 2005; Saldivia Borquez, S. y otros, 2005).

2.12.4. Problemas y necesidades

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas, como la esquizofrenia, presentan problemas muy complejos, afectando el funcionamiento psicosocial y la integración a la comunidad, debido a los déficits que presentan en grandes áreas, tales como (Blanco, A. y Pastor, A., 1997):

- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- Relaciones Interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial, generan problemas para el normal desempeño de roles sociales, surgiendo diversas barreras y marginación (Blanco, A y Pastor, A., 1997).

No debe olvidarse que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado, en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos; y, asimismo, en función de la atención y servicios que reciben (Blanco, A y Pastor, A., 1997).

El grado de discapacidad y gravedad, varía desde situaciones de completa remisión sintomatológica, y un nivel de funcionamiento normal, hasta personas que requieren no sólo atención y tratamiento psiquiátrico, sino también programas de rehabilitación y apoyo social para recuperar su autonomía.

Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, trabajo, apoyo social y familiar). Además, presentan dificultades y necesidades específicas, vinculadas a sus problemas psiquiátricos y psicosociales (Anderson, C. y otros, 1988; Blanco, A. y Pastor, A., 1997):

- Atención y tratamiento de la salud mental: Los pacientes con esquizofrenia, necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, que permitan controlar su sintomatología psicopatológica y prevenir o controlar la aparición de recaídas.
- Atención en crisis: En algunos casos, la hospitalización breve es necesaria para la estabilización psicopatológica, y para recuperar el nivel de funcionamiento.

- **Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social:** A pesar de contar con un adecuado tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas personas mantienen déficits y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial, son esenciales para la adquisición y recuperación de las habilidades, necesarias para la vida normalizada en la comunidad (Lieberman, R. y otros, 1989; Plan de Salud Mental, 2012).

- **Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo:** La integración laboral, es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los que sufren este trastorno, están desempleadas o excluidas del mundo laboral, pues presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios, programas de rehabilitación laboral, dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales, y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional, para la mejora de la calificación profesional. Son también necesarias, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este grupo, tanto a través del empleo protegido, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo) (Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

- **Alojamiento y atención residencial comunitaria:** Las dificultades de acceso a alojamiento, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación (Bellack, A. S. y otros, 1990; Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

- Apoyo económico: Muchas personas con esquizofrenia, tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral. Es necesario garantizar políticamente la cobertura de sus necesidades económicas mínimas, cuando no cuentan con otros ingresos, ni tienen apoyo económico de sus familias (Bellack, A. S. y otros, 1990; Blanco, A. y Pastor, A., 1997).
- Apoyo a las familias: La convivencia con el paciente, puede suponer dificultades y conflictos, por lo tanto es necesario proporcionarles apoyo, información, educación, y asesoramiento.

2.12.5. Algunas situaciones especiales

Trastornos relacionados con sustancias

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias, constituyen un factor de morbilidad importante, cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Se asocian a períodos de hospitalización más frecuentes y prolongados y a otros resultados negativos, como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por VIH (Aymerich, M. y otros, 2003).

La presencia de un trastorno por uso o dependencia de sustancias, con frecuencia pasa desapercibida o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea, muchas veces es poco fiable, por lo que debe buscarse confirmación en otras fuentes, como los familiares y otros terapeutas que hayan intervenido, ayudándose con estudios de laboratorio.

El tratamiento a aplicar, debe englobar ambos trastornos y estará a cargo de equipos interdisciplinarios, con experiencia en estos problemas (Belloch, A. y Sandín, B., 1996; Mc Gorry, P., 2005).

Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. La incidencia es de un 10 a un 13% y se estima en un 18 a 55% el porcentaje de pacientes que intentan suicidarse (Aymerich, M. y otros, 2003; Brown, S. y otros, 2000).

Los factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia son: sexo masculino, raza blanca, soltería, aislamiento social, depresión o desesperanza, falta de empleo, dependencia de sustancias, pérdidas recientes, antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio. A ellos se suman el curso crónico con deterioro progresivo y las alucinaciones auditivas (Aymerich, M. y otros, 2003; Brown, S. y otros, 2000).

Es esencial evaluar el riesgo de suicidio de manera regular. Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio, deben ser hospitalizados y tomar las precauciones necesarias para evitarlo (Aymerich, M. y otros, 2003).

Conducta violenta

La conducta violenta no es frecuente, pero puede aparecer en los pacientes esquizofrénicos, y su incidencia varía en función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis. Los factores de riesgo generales son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, presencia de alucinaciones, delirios o conductas extrañas, deterioro neurológico, ser varón, soltero, de clase socioeconómica baja, con pocos estudios (Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas, forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar.

En una valoración de un paciente que puede ser violento, es esencial el empleo de precauciones de seguridad (personal adicional). Si plantea una amenaza grave para otras personas, el psiquiatra debe utilizar su propio criterio, en consonancia con las exigencias legales, para proteger a esas personas de un daño previsible.

Con los pacientes en los que existe un riesgo inminente de conducta violenta, debe realizarse una evaluación para una posible hospitalización y, si está indicado, tomar precauciones en el ingreso (Aymerich, M. y otros, 2003).

Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad hay que realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. La depresión secundaria, debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales: trastornos médicos generales, trastornos inducidos por sustancias, efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos (acatisia y acinesia), desmoralización por el efecto de la enfermedad, y reacciones “situacionales” de crisis personales o modificaciones del entorno (Beck, A. y otros, 1999; Ferrari, H. A., 1997).

Pacientes sin hogar

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2% a un 43%. Los factores de riesgo de quedarse sin hogar, después del alta hospitalaria, son: comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, persistencia de síntomas psiquiátricos y nivel de funcionamiento disminuido. Se recomienda el seguimiento de los pacientes, luego del alta, prestando especial atención a esos factores, para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar (Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

2.12.6. Los retos

La atención al paciente esquizofrénico y su familia, como parte de los esfuerzos del gobierno, para propiciar el bienestar de la población, y su participación activa en los procesos de la vida nacional, constituye un reto, que requiere ser replanteado, a partir de los avances científicos que se han observado en los últimos años, y sobre todo, de las condiciones del país.

El problema de la esquizofrenia, no ha recibido la atención que merece, debido al desconocimiento, o a veces la indiferencia que se tiene ante este padecimiento, en todos los sectores de la población, en los que se incluye a muchos profesionales de la salud (Muñoz, M. y otros, 2009).

El gobierno debe plantearse un enfoque más amplio e integral, que no se limite a los aspectos técnicos de la enfermedad, sino que contemple todo el padecimiento, desde la prevención, a la reinserción social. Esto se debe a que los pacientes con esquizofrenia, no sólo sufren el rechazo de la gente, sino la ignorancia de algunos profesionales de la salud, dado que incluso en algunos servicios hospitalarios se prefiere internar a un paciente deprimido que a un esquizofrénico con episodio psicótico (Muñoz, M. y otros, 2009).

- Retos de calidad

Para alcanzar un desempeño de calidad, que mejore las condiciones de salud de los pacientes con esquizofrenia, debe comenzarse por optimizar los procedimientos y normas; la educación y capacitación del personal; la infraestructura e instrumentos en la atención del paciente.

Los criterios de calidad deben poner énfasis en los grupos socioeconómicos, que no cuenten con la atención necesaria, en las distintas regiones del país. Esto garantizará un trato eficiente a los pacientes y con ello la disminución de la carga social de la esquizofrenia. Una de las líneas de acción, prioritarias dentro de este reto de calidad, es la detección temprana y el tratamiento oportuno, para evitar la cronicidad de la enfermedad (Muñoz, M. y otros, 2009).

- Retos de protección financiera

Los costos del tratamiento de la esquizofrenia, son altos e inaccesibles para la mayoría de las familias afectadas, ya que por un lado, se requiere de medicamentos que serán utilizados toda la vida, y por otro, muchos pacientes, en algún momento requerirán de internaciones, de por lo menos tres semanas en alguna institución psiquiátrica (Blanco, A. y Pastor, A., 1997).

En los últimos años, han surgido medicamentos que superan a los antipsicóticos convencionales, ya que presentan una disminución considerable de efectos secundarios incapacitantes, tales como los síntomas extrapiramidales, que ocasionan en más del 50% de las veces, el abandono del tratamiento (Blanco, A. y Pastor, A., 1997). Sin embargo, estos medicamentos llamados antipsicóticos de segunda generación o atípicos, además de ser difíciles de conseguir en farmacias, dado que son productos de importación, no son accesibles, desde el punto de vista económico, para más del 90% de la población, por lo que en la mayoría de los servicios se continúan usando, a pesar de los avances psicofarmacológicos, los medicamentos utilizados desde hace más de cincuenta años. Es decir, una gran parte de los pacientes con esquizofrenia, no se han beneficiado de los avances científicos y tecnológicos de la neurociencia de los últimos años (Blanco, A. y Pastor, A., 1997). A modo de ejemplo, el precio de 28 comprimidos de *olanzapina* de 10 mg, varía según las distintas marcas comerciales de \$ 760 a \$820; los 90 comprimidos de *clozapina*, oscilan entre \$ 790 y \$ 1000 (Consumer Reports, 2013).

El principal reto de la protección financiera, es el de disminuir la inseguridad de la población, de sufrir gastos catastróficos cuando se presenta esta enfermedad, garantizando la justicia en el financiamiento en materia de salud. La contribución de la estrategia deberá estar en la revisión de los procedimientos y costos asociados a los tratamientos de los trastornos mentales, en particular la esquizofrenia, así como definir estrategias y criterios para hacer más eficiente y rentable la gestión en salud. Asimismo, se deberán evaluar opciones de ampliación de cobertura, con sistemas de prepago, para la atención de estos problemas (Consumer Reports, 2013; Precios de Remedios, 2013).

2.12.7. Los mitos.

Existen muchas creencias acerca de los pacientes esquizofrénicos (La esquizofrenia, 2012; La esquizofrenia, 2013). A partir del conocimiento, la sociedad debe ayudar a desterrarlas, algunas de ellas son:

- Los esquizofrénicos son incapaces de tomar decisiones relacionadas con su vida, y requieren la ayuda de un tutor legal: Haber sido diagnosticado con esquizofrenia, no significa que la persona necesita depender de otros para tomar sus propias decisiones y hacerse cargo de ellas. Por el contrario, la mayoría de los afectados con esta enfermedad manejan sus propios asuntos exitosamente.

- Las personas con esquizofrenia son violentas: La violencia no es un síntoma de la esquizofrenia, y aunque puede producirse al comienzo del padecimiento, cuando aún no actúan los medicamentos, no es común entre las personas que sufren este trastorno. Por el contrario, tienen más posibilidades de ser víctimas de violencia ellas mismas, no sólo física, sino también psicológica. Sin embargo, si ocurre un episodio de violencia o agresión, generalmente es debido a que la persona esquizofrénica se siente acorralada o no alcanza a comprender las intenciones de la otra persona. Las alucinaciones, los delirios, las preocupaciones o pensamientos revueltos son lo que por lo general causan los miedos y confusiones que culminan en violencia (La esquizofrenia, 2012; La esquizofrenia, 2013).

2.12.8 Aspectos éticos y legales

El cuidado de estos enfermos, incluye distintos dilemas de tipo ético y legal: La necesidad de hospitalización involuntaria; el hecho de que algunos, en ocasiones, carecen de la capacidad necesaria para dar su consentimiento informado a los tratamientos.

Muchas veces, el paciente se resiste a tratarse; cree que las alucinaciones o delirios que experimenta son reales, por lo que no precisa medicación (Brainin, J. E. y otros, 2000).

En estos casos, la familia debe tomar las decisiones, para que el enfermo, sea evaluado por un profesional.

Cuando otras personas deciden, deben tenerse en cuenta los derechos civiles del paciente (Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V., 2006).

El consentimiento informado es un derecho establecido. Existen excepciones para sujetos muy agitados, suicidas o agresivos.

La policía, sólo puede intervenir para que se realice una evaluación psiquiátrica de emergencia, u hospitalizar al individuo, cuando éste representa un peligro para sí mismo o para los demás (Arens, A., Elder, R. y Beasley, M., 2007; Brainin, J. E. y otros, 2000; Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V., 2006; Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V., 2007).

2.12.9. Derechos y organizaciones

Toda persona que lo precise tiene derecho a acceder a un tratamiento psiquiátrico, otorgado conforme a una buena y actualizada práctica clínica especializada, y a los medios disponibles para ello.

El Estado debe velar por la protección de dichos derechos de las personas afectadas de esquizofrenia. Éstos comprenden aspectos relativos a las condiciones en las que se debe llevar a cabo el tratamiento y su integración social (Ruiz Socha, C. A., 2013).

El tratamiento y la rehabilitación de personas con esquizofrenia necesitan un equipo de trabajo multidisciplinario integrado por médicos psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales y técnicos paramédicos, trabajando coordinadamente, con otras instancias ajenas al ámbito de los servicios de salud (Ruiz Socha, C. A., 2013).

Las acciones para el tratamiento, promoción y prevención, deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos, y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Se trata de un cambio en el enfoque del tratamiento de la persona con esquizofrenia, desde un modelo centrado en servicios de atención desvinculados de la comunidad, y con énfasis en la estabilización sintomática de los pacientes; a un modelo que considera a la persona en su contexto social, y que destina sus esfuerzos a la rehabilitación y reinserción de las personas en su comunidad, a través de un trabajo directo en el terreno (Blanco, A. y Pastor, A. 1997; Cordero, M., 1977).

Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral, forman parte de la atención integral de salud, y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales (Blanco, A. y Pastor, A. 1997; Cordero, M., 1977).

2.12.10 Aspectos de la calidad en la disciplina abordada

La atención psiquiátrica, no está exenta de buscar calidad.

Los pacientes, tienen derecho a recibir la excelente atención que merecen, y el deber de exigirla; los profesionales, tienen el derecho, a que se les reconozca y gratifique su labor y el deber de poner todo su esfuerzo, en brindar la mejor atención (Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V., 2006).

Un servicio de calidad que deje satisfechos a profesionales y usuarios debe incluir las siguientes características (Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V., 2006):

- Accesibilidad.
- Esmerada atención.
- Tecnología.
- Nivel científico.
- Uso racional de recursos.

La esmerada atención, con pacientes psiquiátricos, requiere extremar la cordialidad; saber escuchar con mucha paciencia, todo lo que el enfermo relate, sin juicios ni decisiones anticipadas.

La autora Viretto Asteggiano, M. F. (2010) resalta el valor del *criterio*, con el que se toman decisiones y se establecen prioridades: “Debe ser razonado, cuidadoso, estudiando siempre beneficios y riesgos” (p. 40). Para mantener, cuidar y mejorar la calidad, es necesario el *control*, que permite saber si se actuó bien, o si hay puntos que corregir (Vuori, H. V., 1996). Son útiles las historias clínicas, para evaluar el accionar en casos puntuales. Deben ser detalladas, con todas las prácticas realizadas y sus resultados (Vuori, H. V., 1996; Errasti, F., 1997). El Estado, por su parte, debe garantizar el acceso a los servicios de salud, a toda la ciudadanía (Plan de Salud Mental, 2012).

3.- METODOLOGÍA

3.1. Tipo de trabajo: Observacional-descriptivo. Retrospectivo.

3.1.1. Metodología estratégica: Cualitativa y cuantitativa.

3.2. Universo de estudio:

Personas atendidas en Centro VAEfe (Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento), dirigido por la Licenciada Estela Ferreiro, con sede en Manzanares 3073 y en Arce 315 PB "A", ambos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que padecen la patología objeto de este estudio.

3.3. Muestra seleccionada: 200 pacientes del Centro VAEfe, de los cuales 120 siguieron correctamente las indicaciones de los profesionales. Los restantes dejaron en algunas circunstancias el tratamiento, para retomar tiempo después. Muestra intencional: 120 pacientes.

3.4. Criterios de inclusión:

- Adultos y adultos jóvenes, hombres y mujeres, que han comenzado con la enfermedad entre los 15 y los 25 años. Y que en la actualidad no superan los 45 años.
- Pacientes que refieren síntomas positivos, (alucinaciones, delirios).
- Pacientes que siguieron las indicaciones de los profesionales.

3.5. Criterios de exclusión:

- Pacientes con alucinaciones no esquizofrénicas, ejemplo trastorno esquizoafectivo.
- Pacientes que no recuerdan el comienzo de la enfermedad.
- Pacientes que no siguieron las indicaciones de los profesionales.

3.6. Procedimientos utilizados para controlar la validez de los resultados

Consultas bibliográficas, entrevistas a profesionales, revisión de documentos e historias clínicas, estudios de control y diagnóstico realizados a pacientes, tales como análisis de laboratorio, Resonancia Magnética Nuclear (RMN); Tomografía Axial Computada (TAC); Electroencefalograma (EEG), de vigilia y nocturno; informes de evaluación psicológica, y otros.

3.7. Indicadores:

En este estudio se han utilizado indicadores cualitativos referidos a:

Condición de salud

- Disminución o aumento de frecuencia e intensidad de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios).
- Disminución o aumento de intensidad de síntomas negativos (aislamiento, apatía, falta de interés).

Actividades y relaciones sociales:

- Aumento o disminución de actividades: estudio, cursos, trabajos.
- Esparcimiento: paseos, gimnasia, cines, hobbies.
- Contactos sociales: con amigos o sólo con familiares.
- Reuniones con otros pacientes, dirigidas y supervisadas por un profesional.

Habilidades cognitivas:

- Lecturas.
- Ejercicios de memoria: canciones, recitados.
- Manualidades: pintura, tejidos, bordados, etc.
- Ejercicios de resolución de problemas: crucigramas, cálculos matemáticos y otros.

3.8. Datos de Clasificación:

Edad: Fecha de nacimiento.

Sexo: Masculino/Femenino.

Estado civil: Soltero, Casado, Divorciado, En pareja, Separado, Viudo, Otros.

Domicilio: CABA, Gran Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Otros.

Lugar de Nacimiento: CABA, Gran Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Otros.

3.9. Datos de Investigación: Variables y dimensiones de las variables descriptivas abordadas en la investigación:

Sexo: Masculino/Femenino.

Edad: Niños, adolescentes, adultos.

Estado civil: Solteros, casados, separados, viudos, otros.

Escolaridad: Primaria: Pocos casos; secundaria; terciaria; universitaria; otros.

Trabajo: Condición de trabajo: Difícil mantención; Otros.

Condición socioeconómica: Media, baja o disminuyendo, otros.

Mortalidad y morbilidad: Mayor tasa de enfermedades y de suicidios.

Tipos de esquizofrenia: simple, hebefrénica, catatónica, paranoide y otros.

Síntomas positivos: Alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, comportamiento gravemente desorganizado.

Síntomas negativos: Pobreza afectiva, alogia, abulia, apatía, anhedonia, insociabilidad.

Neurolépticos típicos: *Haloperidol, bromperidol, clorpromazina* y otros.

Neurolépticos atípicos: *Clozapina, risperidona, olanzapina, ziprazidona* y otros.

Existen otras variables referidas a cobertura de salud, a la facilidad de acceso a centros de atención y a susceptibilidades individuales.

3.10. Técnicas e instrumentos: Estrategias metodológicas cualitativas y cuantitativas.

Técnica: Análisis de documentos. Entre ellos, encuestas semiestructuradas, historias clínicas, bases de datos de demografía, de características socioeconómicas y culturales, de mortalidad, de morbilidad y de prestaciones de salud.

Instrumento: Protocolos de análisis de documentos y cuestionarios semiestructurados.

Se realizaron pruebas piloto de los mismos antes de la salida a terreno.

3.11. Procesamiento de la información: Los datos relevados fueron procesados a través de los sistemas informáticos Word/ Atlas ti y Excel / SPSS a fin de analizarlos y determinar sus resultantes.

3.12. Resultados

Los estudios realizados demostraron que los pacientes que siguieron exhaustivamente con el tratamiento lograron recuperarse en gran medida (Anexo N°1 – Gráfico 1). Los síntomas positivos (Anexo N°1 – Gráfico 2) se recuperaron más rápido a través de los años que los síntomas negativos (Anexo N°1 – Gráfico 3). Se observó además, que los pacientes fueron retomando paulatinamente sus actividades (Anexo N°1 –Gráfico 4).

El deterioro cognitivo con diversas terapias y ejercicios puede evitarse.

De los 120 pacientes (muestra seleccionada), aunque todos evidenciaron distintos grados de mejoría, 80 regresaron a sus actividades con limitaciones. Algunos presentan más autonomía social que otros, ya que depende en gran medida de su “naturaleza”, su facilidad para comunicarse con los demás. Es necesario aclarar que casi todos perdieron los amigos que tenían antes de enfermar. Muchos manifestaron haber fracasado en las relaciones amorosas (parejas, matrimonios, noviazgos), porque los novios o parejas, así como los amigos, No resisten los cuadros psicóticos.

Los 40 pacientes restantes, aún intentan retomar sus tareas; varios no cuentan con comprensión familiar, y han debido afrontar graves situaciones de estrés. Algunos manifestaron el fallecimiento de familiares y otros tienen problemas económicos, por la falta de obra social y de empleo.

Nota de la autora: La recuperación de los pacientes requiere muchos años de terapia, cantidad que varía entre ellos, ya que puede haber recaídas, que se relacionan con lo que le ocurra a cada uno en la vida, lo cual no se puede cuantificar ni prever.

En este trabajo se quiere dejar en claro que siguiendo los tratamientos recomendados, se puede lograr luego de muchos años, una buena mejoría (no curación): El paciente puede con algunas limitaciones, retomar sus actividades, con menores exigencias y llevar una vida relativamente normal.

La autora siguió la evolución de los pacientes sólo durante dos años, no durante toda la terapia. Se han realizado los gráficos a partir de sus propias observaciones y también por testimonios de pacientes, familiares y de otros profesionales.

4.- CONCLUSIÓN

Así como los riñones, los pulmones, el corazón, el hígado son órganos del cuerpo humano que pueden enfermarse, el cerebro también. Como éste es muy complejo, multifacético, cualquier dolencia que lo afecte, es devastadora. La esquizofrenia lo es. Además, es incomprendida, casi ignorada y menospreciada; y, lo que es peor, puede producir incapacidades, las que este trabajo intenta evitar.

Cuando ocurre el primer episodio, las personas por desconocimiento se desesperan, creen que se “volvieron locos” y pueden producirse por pánico, escapes no aconsejables como abuso de drogas y suicidios. Se debe explicar al paciente y a su familia, que no es “locura”, si bien lo que “ve” u “oye” no es real, es producido por su cerebro que está sobreexcitado. Es importante evitar la sensación de culpa de los familiares, explicando que son muchos los factores que confluyen en esta enfermedad, por lo que no se debe culpar a nadie.

Es necesario recalcar, que la medicación farmacológica no es excluyente, se completa con las demás terapias y nunca debe abandonarse. Si por alguna circunstancia se deja de tomar la medicación, se produce una especie de “efecto rebote”, con todos los síntomas acrecentados. Además, con cada episodio, aumenta el deterioro cognitivo y social remanente.

Los neurolépticos son indispensables para controlar los síntomas, pero deben prescribirse y controlarse con muchísimo cuidado. El médico psiquiatra debe comenzar con dosis bajas y aumentarlas gradualmente, pero evitando llegar a altas dosis, ya que en muchos casos, el margen entre dosis terapéutica y dosis tóxica, es estrecho. Además, cuando las dosis son altas, las reacciones adversas aumentan, por lo que deben sumarse otros medicamentos para contrarrestarlas, lo cual es contraproducente. El profesional debe explicar al enfermo y a quien lo cuida, cuáles son las probables reacciones adversas que va a sufrir.

Por esta razón, es conveniente utilizar los neurolépticos “atípicos” si el paciente puede afrontar el costo, ya que producen menos efectos neurológicos.

Para cambiar un antipsicótico por otro, debe procederse de la misma manera, siempre comenzar por dosis bajas, hasta obtener adecuada respuesta, sin sumar varios de ellos, ya que sólo conseguirán “dopar” al paciente y dañar otros órganos.

La medicación debe vigilarse estrechamente a intervalos regulares, semanalmente al comienzo, y luego cada mes. A los controles deben agregarse análisis de sangre, debido al riesgo de leucopenia y para evaluar el estado general.

Una vez estabilizado el paciente, es el momento de comenzar el tratamiento psicológico, ya sea en la institución, si se lo ha hospitalizado, o en forma ambulatoria.

Son muchos los tipos de terapia posibles. El profesional psicólogo debe evaluar el estado del paciente y consensuar con el médico psiquiatra el diagnóstico y el o los deterioros sobre los que se debe trabajar, para así decidir qué tratamiento comenzar. Debe informar al paciente y a su familia en qué consiste el tratamiento, cómo serán las sesiones y responder a todas sus inquietudes.

La terapia psicológica permite afrontar las situaciones de estrés, que son las que pueden llevar a recaídas; aporta herramientas para fortalecer la autoconfianza, mejorar conductas, y desenvolverse en sociedad. Trabaja además sobre la parte cognitiva (la atención y la memoria), muchas veces afectada por la enfermedad. Enseña a la familia cómo debe tratar al paciente, para evitar la desfavorable emoción expresada.

La rehabilitación es posible, pero no es tarea fácil: Requiere de muchos años de tratamiento multidisciplinario, sin olvidar ningún enfoque: Habilidades para la vida diaria, aspectos sociales, rehabilitación cognitiva, laborterapia, el uso del tiempo libre, con educación, apoyo y contención al paciente y su familia.

Es preciso resaltar además, que el amor, apoyo, compañía y comprensión de la familia, en el ambiente hogareño, es imprescindible, ya que ése es el entorno favorecedor de los mejores resultados.

En este estudio, se demuestra que poco a poco, la enfermedad comienza a atenderse en forma integral, pero hay falencias. Faltan organismos estatales multidisciplinarios, donde las personas afectadas y sus familias, puedan acudir para fortalecer aspectos y habilidades psicosociales. Los costos de los medicamentos son aún elevados e inaccesibles para muchas personas, sobretodo sin empleo.

Se debe insistir ante los estratos gubernamentales, y ante las obras sociales, que incluyan en sus planes, el tratamiento integral de esta enfermedad, que abarque la farmacología, la terapia psicológica y la rehabilitación, para que la persona afectada, pueda tener a su alcance y en un solo centro, la atención que merece.

Un consejo de la autora a todos los afectados por esta enfermedad y sus familias: *perseverancia*: El camino hacia la recuperación, a retomar las tareas diarias, es largo y difícil. Se necesita perseverancia para: no abandonar los tratamientos, farmacológico, psicológico, rehabilitación, cuando surgen inconvenientes, reacciones adversas o altos costos; evitar caer en el desánimo, en el “no puedo”, al vislumbrar muy difícil el camino a seguir; poder superar los problemas, obstáculos, discriminación, que frecuentemente suelen encontrarse; hacer nuevamente lo que salió mal, una, dos, las veces necesarias. Con mucha constancia e involucrándose todos, paciente, familia, médicos y terapeutas, el trayecto hacia la recuperación, es posible.

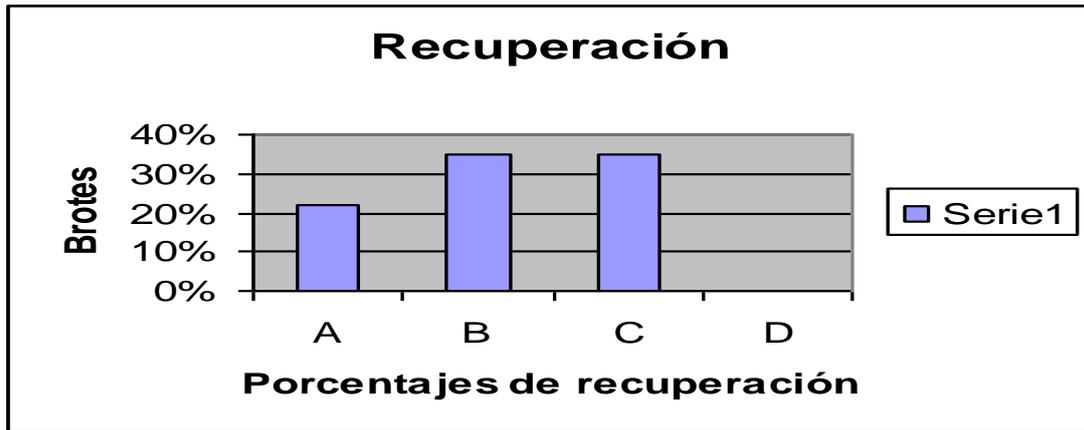
La información adecuada de la enfermedad, debe llegar mediáticamente a todos los ámbitos, para evitar la exclusión, que por desconocimiento sufren los enfermos, y el calificativo agravante, desmerecedor y prejuicioso, “parece esquizofrénico”, que suele oírse.

5.- ANEXOS

5.1.- ANEXO N° 1 GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentajes de recuperación dependiendo de la cantidad de brotes.

Fuente: Elaboración propia. 2013.



A: 22 %: 1 brote y recuperado.

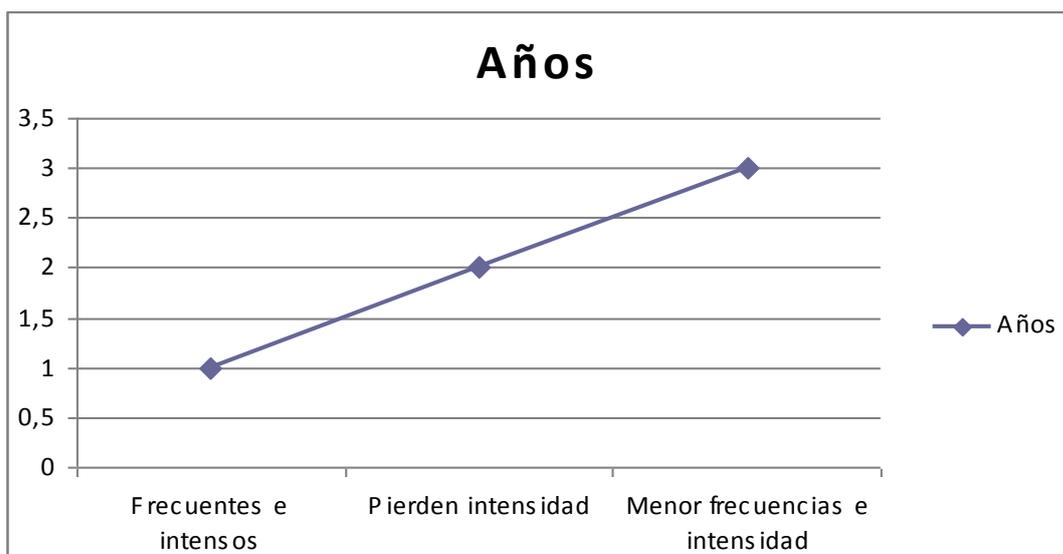
B: 35 %: Varios brotes recuperados.

C: 35 %: Varios brotes y discapacidad remanente.

D: 8%: 1 brote y discapacidad remanente.

Gráfico 2: Síntomas positivos.

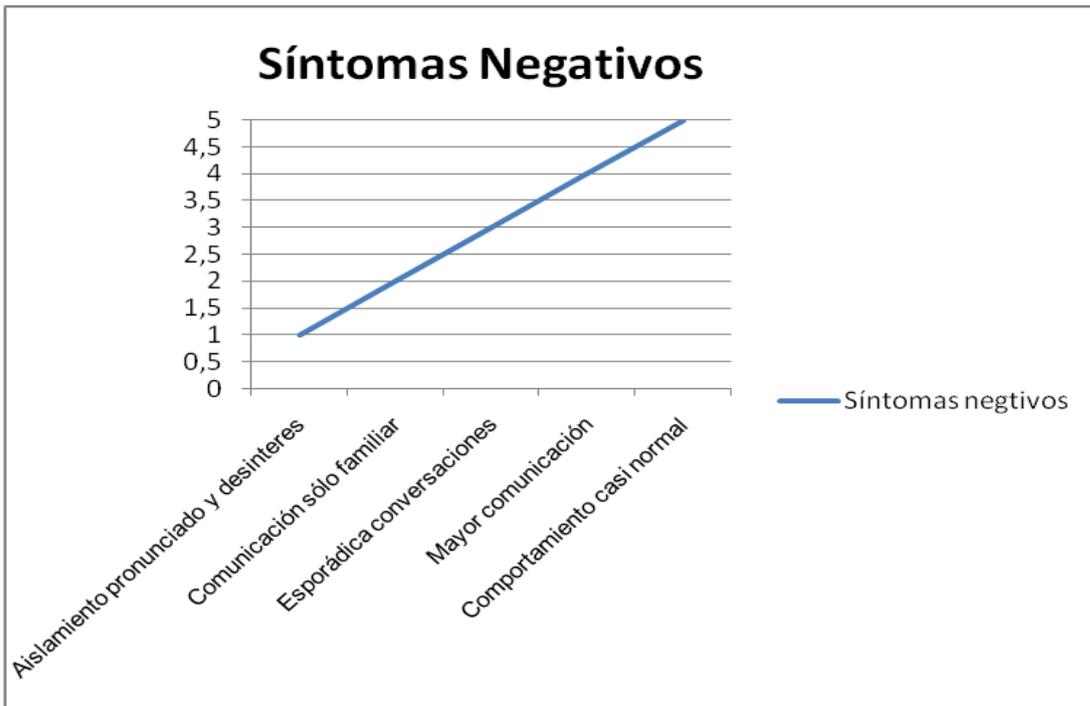
Fuente: Elaboración propia. 2013.



Se observa que con el correr de los años los síntomas positivos disminuyen de intensidad y frecuencia.

Gráfico 3: Síntomas negativos.

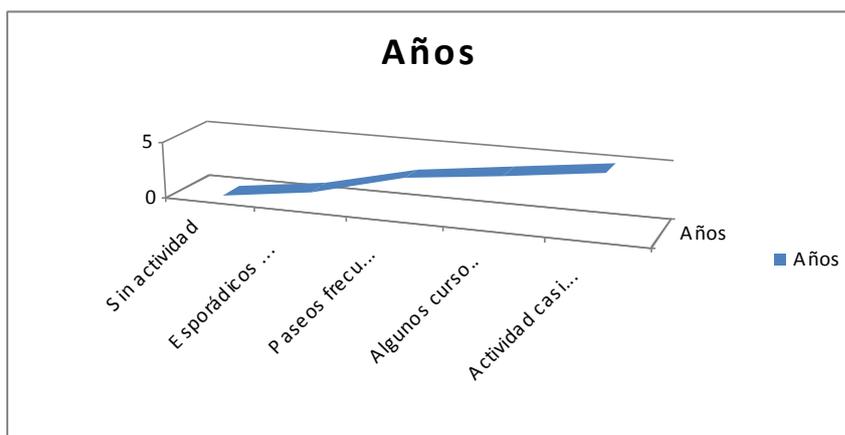
Fuente: Elaboración propia. 2013



Se observa una disminución de los síntomas negativos con el correr de los años.

Gráfico 4. Actividades.

Fuente: Elaboración propia. 2013



Con el correr del tiempo se retoman las actividades.

5.2.- ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS

ADMISIÓN

Presto conformidad para que los estudios actuales y futuros que me realice puedan ser consultados en línea por el profesional médico que los solicitó, mediante un acceso exclusivo y confidencial y para el uso de la información clínica y las imágenes con fines académicos, docentes y científicos, en forma anónima y sin revelar datos personales.

SÍ NO

Declaro conocer que:

a) Mis datos serán resguardados según ley de “Protección de datos personales” N° 25.326.

b) Puedo revocar el consentimiento de uso de datos en cualquier momento.

Firma -----

Aclaración -----

DNI -----

Fecha -----/----/----

Carácter: Paciente – Representante legal – Padre – Curador – Tutor – Otro especificar.

FORMA DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

El día ----- de ----- del año 20--- REVOCO el consentimiento otorgado para el uso de datos.

Firma -----

Aclaración -----

DNI -----

Fecha -----/----/----

VAEfe: Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento de Ferreiro, Estela.

5. 3.- ANEXO N° 3

Encuestas semiestructuradas (anónimas) Episódicas, narrativas y en profundidad, a pacientes, a familiares y a profesionales.

Matriz del Instrumento: Cuestionario semiestructurado

Encuestador: M. F. V. A.

Informante Calificado N°:.....

Fecha: .../.../...

A.- Datos de clasificación:

Dirigido a pacientes del Centro VAEfe. Tipo narrativa y episódica.

Preguntas:

A.1.1 ¿Qué edad tiene?:.....

A.1.2 Sexo: Femenino

Masculino

A.1.3 Cobertura de salud:.....

A.1.4 Estado civil: Soltero

Casado

Divorciado

En pareja

Otros

A. Datos de la Investigación (Antecedentes)

B.1 Por favor, resuma con sus palabras la historia de su vida: Infancia, padres, hermanos, estudios, trabajo.

B.2 ¿Cuándo comenzó la enfermedad?, ¿de qué manera?

B.3 ¿Qué sintió?, ¿cómo reaccionó?, ¿pidió ayuda?

B.4 ¿Dónde lo atendieron?

B.5 ¿Tomó medicamentos?

B.6 ¿Quién lo cuida?

B.7 ¿Cómo cambió su vida luego de ese comienzo?

C. Datos referente al momento actual:

C.1 ¿Por qué llegó a este Centro?, ¿qué ocurrió?

C.2 ¿Cómo se sintió al llegar?, ¿inquieto, triste, enojado...?

C.3 ¿Qué tratamiento recibió?: Psiquiátrico: medicamentos; psicológicos: charlas; otros?

C.4 ¿Cómo lo trataron: En forma amable, se sintió cómodo, o en ambiente hostil?

C.5 ¿Qué actividades realiza: estudio, trabajo, tareas hogareñas?

C.6 ¿Cómo emplea el tiempo libre, algún tipo de distracción, hobby, labores, deportes?

C.7 ¿Qué mejoras percibe desde que concurre a esta consulta?

C.8 Otros comentarios:

Muchas gracias por su colaboración.

D. Preguntas dirigidas

D.1.1 A familiares (Sólo se encuestaron a familiares convivientes de mucha cercanía, padres, hermanos)

D.2 Datos de la investigación

D.2.1 Cuándo comenzó la enfermedad?

D.2.2 ¿Qué centros recorrieron en busca de ayuda?

D.2.3 ¿Qué cambios encuentra?, ¿nota algún deterioro, social, cognitivo?

D.2.4 ¿Cómo afectó su desenvolvimiento en la vida diaria?

D.2.5 ¿Cómo influyó en la familia?

D.2.6 Otros comentarios:

Muchas gracias por su colaboración.

D.2.1. A otros profesionales (psicólogos, terapeutas). Luego de consultas en documentos, historias clínicas y bibliográficas, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales, en las que se trataron todos los aspectos clínicos y terapéuticos.

D.2.2. Datos de la Investigación

D.2.2.1 Estado del paciente, síntomas, aspecto exterior, desenvolvimiento, apatía o colaboración.

D.2.2.2 Tratamiento concertado.

D.2.2.3 Respuesta producida, colaboración, apatía.

D.2.2.4 Otras terapias: Música, labor terapia, artesanías, lecturas, etc.

D.2.2.5 Evolución: Años de seguimiento, cambios encontrados.

D.2.2.6 Otros comentarios:

Muchas gracias por su colaboración.

6.- BIBLIOGRAFÍA

6.1. Bibliografía General

- Alberca Serrano, R. (1998). *Demencias: Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: (Ed) Masson S.A. Pp 40 – 56.
- Aldaz, J. y Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: (Ed). Siglo XXI. Pp 30 – 50.
- Anderson, C., Douglas, R. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: (Ed) Amorrortu. Pp 92 – 115.
- Arens, A., Elder, R. y Beasley, M. (2007). *Auditoría. Un enfoque integral*. Madrid: (Ed) Décimo primera. Pearson Prentice Hall. Pp 50 – 115.
- Aymerich, M., Faus, G. y Guillamón, I. (2003). *Guía de Práctica Clínica para la atención del paciente con esquizofrenia*. Barcelona: (Ed) Masson S. A. Pp 80 – 130.
- Baldessarini, R. J. & Frankenburg, R. R. (1999). *Clozapine: A novel antipsychotic agent*. Inglaterra: (Ed) New Eng J Med. Pp 300 – 350.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1999). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: (Ed) Descleé de Brouwer. Pp 50 – 80.
- Bellack, A. (1983). *A comprehensive Model for Treatment of Schizophrenia*. Texas: (Ed) Affiliation.
- Belloch, A. y Sandín, B. (1996). *Manual de Psicopatología*. España: (Ed) McGraw-Hill Interamericana. Pp 130 – 190.
- Benedetti, G. (1996). *La Esquizofrenia en el espejo de la transferencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: (Ed) Edelp.
- Betes del Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: (Ed) Morata.
- Blackwood, N., Howard, R., Bentall, R. & Murray, R. (2001). *Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions*. Estados Unidos: (Ed) Am. J. Psychiatry.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). *Las personas con enfermedades mentales crónicas. Delimitación problemática y necesidades. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: (Ed) Pirámide. Pp 15 – 88.
- Boeree, G. (2000). *Psicología General. Neurotransmisores*. Estados Unidos: (Ed) Planeta. Pp 30 – 110.

- Brage, R. y Trapero, I. (2009). *Farmacología. Unidad V: Psicofarmacología. Lección 20*. Valencia: Universidad de Valencia. Open Course Ware.
- Brainin, J. E., Brizendine, L., Cabaj, R. P., Carter, C. S., Clague, H., Di Martini, J.,... Zaslav, M. (2000). *Lange Psiquiatría Clínica*. México: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en musicoterapia*. Vitoria (España): (Ed) Agruparte.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: (Ed) Siglo XXI.
- Caballo, V. (2003). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo, (Brasil): (Ed) Livraria Santos.
- Camerini, J. (2000). *El psicodrama cognitivo conductual*. Argentina: (Ed). Catrec.
- Caroff, S., Mann, S. y Campbell, E. (2001). *Neuroleptic malignant syndrome. Adverse*. Chicago: (Ed) Drug React Bull.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. España: (Ed) Elsevier. Pp 150-200.
- Cohen, B. (2003). *Psiquiatría: Teoría y Práctica*. Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Contreras García, V. (2006). *Recuperación*. Madrid: (Ed). Mc Graw Hill Interamericana.
- Cordero, M. (1977). *Salud Mental y Psiquiatría: El modelo gravitacional*. Santiago, (Chile): (Ed) Universidad de Santiago, Colección Salud.
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (1986). México: (Ed) Interamericana, Ed Rev. Vigésima sexta.
- Eco, U. (2000). *Cómo se hace una tesis: Técnicas y Procedimientos de Estudio, Investigación y Escritura*. México: (Ed) Gedisa.
- Errasti, F. (1997). *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid: (Ed) Díaz de Santos. "Cap I y III". Pp 1 a 78.
- Evans, K. & Milns, R. (2003). *Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: a systematic review*. Londres: (Ed) Acta Psychiatrica Scandanavica.

- Farreras, P. Rozman, C. (2008). *Medicina Interna*. Madrid: (Ed). Elsevier. (Ed. Rev). Décimoquinta Edición. Vol I. "Cap 7 y 9". Pp 1000-1300 y Vol II. "Cap 12 y 13". Pp 1359-1611.
- Ferrari, H. A. (1997). *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Córdoba: Pabellón Perú. Ciudad Universitaria.
- Florit, A., López, B. y Vázquez, C. (1996). *Rehabilitación cognitiva en trastornos craneales y en esquizofrenia: ¿Un único método para trastornos diferentes? En Daño Cerebral Traumático y Calidad de Vida*. Madrid: (Ed) Fundación Mapfre Medicina.
- Frenk Mora, J., Ruelas Barajas, E., Tapia Conyer, R. y Castañón Romo, R. (2002). *Programa específico de Esquizofrenia*. México: Primera edición.
- Fuller Torrey, E. (2001). *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: (Ed) Masson.
- Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J. (2007). *Psiquiatría de bolsillo*. Madrid: (Ed). Marbán Libros. S.L. (Ed Rev). Segunda. 439p.
- Goldsmith, J. & Mc Fall, R. (1975). *Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients*. Wisconsin, (E.E.U.U.). University of Wisconsin: (Ed). Madison.
- Hales, Y. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Madrid: (Ed) Elsevier. (Ed Rev). Cuarta.
- Harrison, J. (1998). *Principios de Medicina Interna*. Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana de España (Ed. Rev). Décimo cuarta.
- Hernández Lira, N. (2009). *Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia*. México DF: (Ed) Planeta.
- Hodel, B. & Brenner, H. D. (1997). *A new development in integrated psychological therapy tor schizophrenia patient (IPT): First result 01 emotional management training*. En H. D. Brenner, W. Boeker y R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Pp. 118-134. Goettingen: Hogrefey Huber.
- Iglesias, G., Resala, G. (compiladoras). Adamovsky, G., Amado Suárez, A., Bernhardt, F., Bongiovanni, M., Etkin, M. E., Gabrinetti, M.,... Vázquez, N. O. (2009). *Trabajo Final, tesinas y tesis. Modalidades. Estructura metodológica y discursiva. Evaluación*. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas. 1ra. Edición.

- Jansson, L. B. & Parnas, J. (2007). *Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies?* Wisconsin, (E.E.U.U.). University of Wisconsin: (Ed) Madison.
- Jáuregui, P. (1997). *Neurología. Receptores dopamínicos. Salud y Medicina.* Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira DA Mota Neto, J. y Campbell, C. (2008). *Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia.* Madrid: (Ed) Elsevier.
- Koh, S. (1978). *Remembering of verbal materials by schizophrenics young adults.* Boston: (Ed) Hillsdale (NJ): LEA.
- Lacárcel, M. (1995). *Musicoterapia en Educación Especial.* Murcia: (Ed) Compobell.
- Lalucat, L., Angles, J., Aznar, A. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico incipiente.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: (Ed). Elsevier.
- Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V. (2006). *Auditoría Médica y Profesional Integral: La calidad de la atención en los servicios de salud.* Rosario (Ed) Corpus. (Ed Rev) Primera. "Cap II" pp 41-64.
- Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Bases epistemológicas, metodología abordaje operativo y formación de Recursos Humanos.* Argentina. Rosario. (Ed) Corpus. Ed. Rev. Primera.
- Liberman, R., De Risi, W. & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients.* Boston: (Ed) Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Linehan, M. & Dimeff, L. (2001). *Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell.* California. (Ed) The California Psychologist.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Process: the scientific foundations of psychotherapy.* Nueva York: (Ed). Basic books.
- Mahowald, M. W. (2007). *Disorders of sleep.* Philadelphia: (Ed) Elsevier.
- Mc Gorry, P. (2005). *Early intervention in psychotic disorders: Beyond debate to solving problems.* Nueva York: (Ed) Br J Psychiatry Suppl.
- Meirovich, C. y Montrull, H (1995). *Farmacología Clínica.* Córdoba: Ediciones Eudecor. SRL. Tomo 3.

- Mesa Castillo, S. (2000). *Esquizofrenia: Aspectos biopsicosociales de la enfermedad. Importancia de una prueba biológica diagnóstica*. La Habana: (Ed) Planeta.
- Moizeszowicz, J. (2000). *Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: (Ed). Paidós. Barcelona. México. Primera reimpresión.
- Mueser, K. & Sayers, M. (1992). *Social skills assessment in Schizophrenia: An overview and practical handbook*. London: (Ed). Chapman & Hall.
- Muñoz, M., Pérez Santo, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: (Ed) Complutense. S. A.
- Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual en la Esquizofrenia*. Madrid, España: (Ed) Complutense. S. A.
- Nicholson, D. & Chiu, W. (2004). *Neuroleptic malignant syndrome. Geriatrics*. Madrid. (Ed) Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: (Ed) Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: (Ed) Meditor.
- Oyola, R. F. y Gijón, C. (2007). *Medicina. Psiquiatría: Cátedra de Clínica Psiquiátrica y Salud Mental*. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
- Pérsico, C. (1995). *Farmacología esquemática*. Córdoba: (Ed) Educor.
- Plan de Salud Mental. (2012). SESAM. Servicios de Salud Mental. Buenos Aires.
- Platt, J. & Spivack, G. (1975). *Manual for de Means-Ends Problem-Solving procedure (MEPS): A measure of interpersonal cognitive problem-solving skills*. Philadelphia: (Ed) Philadelphia.
- Rathus, S. & Jeffrey, N. (1991). *Abnormal Psychology*. Valencia. (Ed) Prentice Hall.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Ruiz Sánchez, J. y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Valencia. (Ed). Jaén: R&C.
- Ruíz Socha, C. A. (2013). Nuestra esquizofrenia de la cooperación y los derechos humanos: un debate para la transición. Bilbao: (Ed) Gakoa. Pp 3 – 56.
- Shapiro, F. (2007). *Una Terapia Innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma*. Madrid: (Ed). SAPsi
- Téllez Vargas, J. y López Mato, A. (2001). *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia*. Bogotá: (Eds) Nuevo Milenio. “Cap 1 – 3”.
- Vademécum de medicamentos de uso en Argentina (2009). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: (Ed). Clyn. S. A. (Ed Rev) Décimosexta.
- Vallejo Nájera, J. A. (1997). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Ed. Salvat.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Madrid: Ed. Elsevier. 6ta Edición.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). *Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia*. Madrid: (Ed) Elsevier. “Vol 12”.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Madrid: (Ed) Elsevier. “Vol 13”.
- Vila, J. y Fernández, M. (1990). *Activación y Conducta*. Madrid: (Ed). Alambra.
- Viretto Asteggiano, M. F. (2010). *Calidad en Servicios de Salud*. Maestría en Administración de Servicios de Salud. UCES.
- Vuori, H. V. (1996). *El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodología*. Barcelona: (Ed) Masson.
- Zoch, C. (1980). *Esquizofrenia: Temas en Psiquiatría Hospital Nacional Psiquiátrico*. Costa Rica: (Ed) Planeta. “Capítulo VI”. Hospital Nacional Psiquiátrico. Costa Rica.
- Zumaya, L. (1993). *Bases teóricas de la psicoterapia cognitivo conductual. Salud Mental*. Madrid: (Ed) Elsevier. “Vol 16”.

6.2. Revistas y publicaciones

- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T. & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 809 – 818.
- Bentall, R. P., Baker, G. A. & Havers, S. (1991) a. Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall, R. P., Kaney, S. & Dewey, M. E. (1991) b. Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C., Meisler, N. & Lehman, A. F., (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52 (3):313-22.
- Brown, S., Barraclough, B. & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 30, 15-44.
- Donnoli, V. (1999). Esquizofrenia: Dimensiones y Psicopatología Clínica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año X, Vol 8, Nº 1.
- Hodel, B., & Brenner, H. D. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl. 284), 108-115.
- Ruiz, J. C., García, Ferrer, S y Fuentes, I. (2006) La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1 – 3), 137 – 155.
- Saldivia Borquez, S., Torres Gonzalez, F., Cabases Hita, J. M. & Group, P. (2005). Estimation of mental health care cost units for patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5): 280-5.
- Tess, A. V. & Smetana, G. W. (2009). Medical Evaluation of Patients Undergoing Electroconvulsive Therapy. *The New England Journal of Medicine*, 360, 1437-1444.

6.3. Sitios Web Recuperados de:

- Alicia de La Fuente (2013). Terapia sistémica. Recuperado de www.aliciadelafuente.com.ar. Consultado el 03/09/2013.
- Binasss, (2011). Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. Esquizofrenia Características, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de www.binasss.sa.cr. Consultado el 30/09/2011.
- Comunidad Terapéutica S.H.O.C. (2013). Nunca es tarde siempre habrá otro camino. Recuperado de www.centroshoc.org. Consultado el 10/10/2013.
- Consumer Reports (2013). Medicamentos Antipsicóticos para la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar: Lo que usted debería saber. Recuperado de www.consumerreports.org. Consultado el 12/12/2013.
- EFT (2013). Técnicas de Liberación Emocional. Recuperado de www.eftmx.com/. Consultado el 10/12/2013.
- EMDR Institute, Inc. (2013). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. Recuperado de www.emdr.com. Consultado el 08/02/2013.
- Farmacología online (2013). Electroconvulsive therapy discussion hosted at the MGH. Recuperado de www.psicofarmacologia.info. Consultado el 12/05/2013.
- Formarse (2013). Un sitio para crecer. Recuperado de www.formarse.com.ar. Consultado el 09/10/2013.
- Fundación recuperar (2013). Recuperado de www.fundacionrecuperar.org. Consultado el 03/05/2013.
- La esquizofrenia (2012). Mitos sobre La esquizofrenia. Recuperado de www.informaticaenf.blogspot.com.ar. Consultado el 20/12/2012.
- La esquizofrenia (2013). Mitos sobre La esquizofrenia. Recuperado de www.ausinalonso.blogspot.com.ar. Consultado el 15/10/2013.
- Lanaterapia (2014). Recuperado de www.lanaterapia.blogspot.com.ar. Consultado el 10/02/2014.
- La Recíproca (2013). Terapias Integrativas. Cuerpo. Mente. Espíritu. Recuperado de www.lareciproca.com.ar/nuestras-revistas. Consultado el 10/11/2013.

Medline Plus Enciclopedia Médica (2012). Terapia electroconvulsiva. Recuperado de www.nlm.nih.gov/medlineplus. Consultado el 11/10/2013.

NLM National Library of Medicine. (2012). Esquizofrenia: Enciclopedia médica. Recuperado de www.nlm.nih.gov. Consultado el 08/10/2012.

Precios de Remedios (2013). Recuperado de www.preciosderemedios.com.ar. Consultado el 22/11/2013.

Psicoactiva, (2012). Esquizofrenia Definición, criterios diagnósticos, subtipos tradicionales, pronóstico y tratamientos de la enfermedad. Recuperado de www.psicoactiva.com. Consultado el 25/08/2012.

Psicología de la Compasión (2013). Mindfulness. Psicoterapia. Recuperado de www.zonatranspersonal.com.ar. Consultado el 03/10/2013.

Psicología online, (2013). Esquizofrenia: Definición, causas, curso y tratamientos. Recuperado de www.psicologia-online.com. Consultado el 15/03/2013.

Red Psicoterapia (2013). Psicoterapias más Humanas. Recuperado de www.redpsicoterapia.com.ar. Consultado el 03/08/2013.

Reiki (2013). Terapias energéticas. Recuperado de www.reikiarmonizador.com.ar. Consultado el 08/10/2013.

Terapias energéticas (2012). Recuperado de www.terapiasenergeticas.com.ar. Consultado el 03/2/2012.

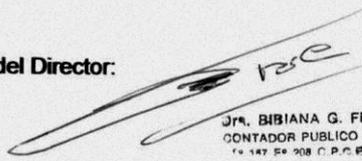
Terapia energética y masaje del alma (2012). Recuperado de www.terapiasenergeticasy masajedelalma.com. Consultado el 5/10/2013.

Firma y aclaración del alumno:

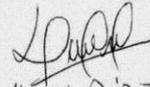
~~Dra. M. Florencia Viretto Astegiano
MEDICA CIRUJANA
M.P. 34610
M.N. 134820~~

Dra. María Florencia Viretto Astegiano

Firma y aclaración del Director:


Dña. BIBIANA G. FRARE
CONTADOR PUBLICO (SBA)
Tº 167 Fº 208 C.P.C.E.B.F.

Firma y aclaración del Co-Director:


No. V. Diaz Alvarez

Firma y aclaración de la Coordinación de Tesis de Posgrado:


Dña. BIBIANA G. FRARE
CONTADOR PUBLICO (SBA)
Tº 167 Fº 208 C.P.C.E.B.F.

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

Firma y aclaración Prosecretaria de Tesis:

Firma y aclaración del Secretario Académico de Posgrados:

Fecha: Junio de 2014