



Introducción.

En la actualidad se tiene conocimiento de que las personas con esquizofrenia acuden por primera vez a un especialista cuando el primer episodio psicótico se ha manifestado. Se estima que los síntomas comenzaron a presentarse de tres a cinco años antes del primer episodio, buscar ayuda a menudo es considerado como un último recurso más que una elección racional.

Esta situación pone de manifiesto el hecho de que en general los diagnósticos se realizan tardíamente y por lo tanto hay demora en comenzar el tratamiento efectivo. El mismo es implementado en un periodo avanzado de la enfermedad, cuando la condición y el ambiente de la persona comenzaron a deteriorarse generándose cambios persistentes en la conducta, déficit funcionales, neuropsicocognitivos y dificultades en las relaciones sociales.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, se presenta como una necesidad apremiante la implementación de estrategias tendientes a diagnosticar precozmente la esquizofrenia, como un medio de facilitar la intervención temprana al tratamiento, reduciendo de este modo la morbilidad y promoviendo una mejor calidad de vida de las personas con dicha enfermedad.

Por lo anterior consideramos de gran importancia efectuar una descripción del Rol del Psicólogo en cuatro Programas de Intervención Temprana desarrollados e implementados en Estados Unidos, Australia y Reino Unido, que enfocaron su accionar en prevenir el desarrollo de la esquizofrenia, anticipándose a través de la identificación y tratamiento de adolescentes y jóvenes adultos que se hallaban en la fase prodrómica de la esquizofrenia. Con la finalidad de aportar conocimientos teórico-prácticos que permitan una apertura a caminos accesibles, posibilitando la futura implementación de estrategias de intervención temprana en nuestro medio, para prevenir la progresión hacia la esquizofrenia o reducir la gravedad y consecuencias de la misma.

Finalmente consideramos que es un campo propicio para el desarrollo de la actividad del profesional Psicólogo.



El desarrollo del presente trabajo de investigación, está organizado en tres partes:

La primer parte corresponde a la presentación de los conceptos fundamentales que brindaron sustento teórico a los Programas de Intervención Temprana, siguiendo un recorrido que parte de lo general hasta llegar al desarrollo de los conceptos principales de la presente tesis.

La segunda parte corresponde a los aspectos metodológicos.

La tercera parte corresponde a la descripción del Rol del Psicólogo en los Programas, en función de los objetivos de investigación del presente trabajo.

Como cierre del estudio incluimos un anexo que contiene el manual de codificación, las plantillas de codificación de cada codificador, las unidades de análisis de cada programa y el manual de codificación.



1. Historia y Enfermedad Mental.

Las enfermedades mentales han existido en todo el curso de la historia, el hombre ha ido construyendo significaciones sociales para explicar y dar cuenta de la enfermedad mental, las cuales se han caracterizado por poseer diversas connotaciones negativas que rotulaban, etiquetaban y estigmatizaban a los enfermos mentales.

En las sociedades primitivas los trastornos mentales eran atribuidos a la influencia de poderes demoníacos o sobrenaturales como la pérdida del alma, el pecado por infracción de tabúes, inclusión en el cuerpo de un objeto mágico, etc. El agente terapéutico era el chamán, mago o hechicero, quién tras encontrar la causa patógena sobrenatural, aplicaba el remedio adecuado cuya finalidad era la purificación y curación para reintegrar al sujeto a la comunidad (Vidal Alarcón, 1986).

La psiquiatría greco – romana, fruto del pensamiento griego, ofrece las primeras observaciones clínicas y clasificaciones de enfermedad mental. Fueron los griegos quienes por primera vez postulan una explicación naturalista de las alteraciones mentales (Vidal Alarcón, 1986). Con Hipócrates (460 – 377 a. C.) se inicia un período que rompe con la antigua concepción extranatural de la enfermedad mental, postuló que la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema); distinguió la frenitis, la manía, la melancolía y la paranoia.

Aristóteles sigue las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que Platón considera que los trastornos mentales son en parte orgánicos, consecuencia de diversas enfermedades y en parte divinos, resultado de una ruptura divina de las normas sociales (Vallejo Ruiloba, 2000).

Entre los romanos también se produjo un cambio de perspectiva, centraron la atención en la repercusión social de la locura y en la diferenciación de diversos trastornos con el fin de aplicar remedios idóneos.

Galeno, hizo una labor de síntesis de los conocimientos existentes dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos y mentales; sostuvo que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes



racional, irracional y sensual del alma (Vallejo Ruiloba, 2000). La obra de Galeno tuvo gran influencia sobre los profesionales clínicos durante mucho tiempo.

En la Edad Media el saber de la época estaba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza Escolástica, lo que hizo prevalecer las prácticas de salud de características mágico – religioso; las causas de las enfermedades se las asociaba con la ira de Dios o la acción de los demonios. Se buscaban curaciones de carácter sobrenatural; amuletos, oraciones y cultos a santos protectores de la salud materializaban la ideología religiosa.

Llegó a compararse la enfermedad mental con el diablo y sus obras, durante siglos los enfermos mentales, sobre todo las mujeres, fueron perseguidos y quemados en hogueras por considerarlos brujos (Vidal Alarcón, 1986; Dally, 1984; Ferrari, 1997).

En el Renacimiento continúan las perspectivas sobrenaturales y tiene lugar la secularización de la locura, los enfermos mentales comienzan a ser considerados como personas peligrosas, de forma parecida a los delincuentes.

Las significaciones sociales construidas en torno a la enfermedad mental en ésta época se caracterizaban no sólo por ser connotaciones altamente negativas que discriminaban y aislaban de la sociedad a los enfermos mentales, sino también por provocar la persecución y muerte de los mismos.

Hacia fines del siglo XVII y durante el siglo XVIII, las transformaciones motivadas por la revolución industrial determinaron una situación social y psicológica que lleva consigo la ruptura los de valores tradicionales.

La nueva ideología que va a triunfar en la Revolución Francesa es la “Libertad de la persona humana”.

Al calor del impulso liberador de la Revolución, Pinel “rompiendo las cadenas de los alienados” coloca la enfermedad mental en el cuadro de las ciencias médicas y desde allí comenzó a considerarse el medio hospitalario como un factor de tratamiento (Ferrari, 1997).

Pinel considera que los enfermos mentales están lejos de ser delincuentes dignos de castigo y que son por el contrario personas enfermas cuyo estado merece toda consideración. Desencadena a los pacientes y destierra toda modalidad de coacción física de los tratamientos; es el creador



del llamado “tratamiento moral” como verdadera actitud ética y modalidad incipiente de psicoterapia, recomienda la libertad para los pacientes, discreción en el suministro de medicación, terapias de trabajo y otras actividades manuales. Estima que existen cuatro psicosis básicas: manía, melancolía, idiocia y demencia.

Esquirol, discípulo de Pinel, no planteó la existencia de distintas enfermedades mentales, sino que concebía a las especies clínicas como diferentes fachadas sintomáticas de una misma enfermedad.

En la época del Positivismo (segunda mitad del siglo XVIII) el centro del saber se fue desplazando hacia Alemania; en éste contexto encontramos los aportes de Kraepelin.

Este autor divide las psicosis en exógenas y endógenas. Entre las primeras incluye las psicosis involuntarias, la maníaco depresiva, la paranoia, los estados psicopáticos, las idiocias y las neurosis. Las segundas abarcan los delirios febriles, alcohólicos, delirios secundarios a diversas intoxicaciones, los debidos a deficiencias endócrinas y a tumores cerebrales (Ferrari, 1997; Bousoño et al., 2005).

También incluye una patología que designa “Daementia Praecox” (demencia precoz), lo hace uniendo la Catatonia descrita por Kahlbaum, mas la Hebefrenia de Hecker y agregando la Paranoia sistematizada por él mismo. Describió con detalle los diversos síntomas de la demencia precoz, destacando que los criterios fundamentales eran el deterioro progresivo de la enfermedad que terminaba finalmente en este estado de demencia (Dally, 1984).

Esta patología es el antecedente sobre el cual el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, introduce el término “*Esquizofrenia*” para describir el desdoblamiento o fragmentación de las funciones psíquicas. De éste modo esquizofrenia significa: espíritu dividido o escindido (Ferrari, 1997; Dally, 1984; Bousoño et al., 2005).

Bleuler, creyó encontrar lo esencial, en una debilidad asociativa de los procesos psíquicos, que hace que pierdan su unidad interna y entonces se disgreguen caóticamente y pierdan coherencia; de allí los clásicos síntomas bleulerianos, conocidos como las 3 D: Discordancia, Disgregación y Disociación.



En síntesis, a partir de Bleuler:

- No se trata más de demencia precoz sino de esquizofrenia.
- No se trata más de una patología única sino de un grupo de patologías esquizofrénicas.
- No se trata de una evolución irreversible e incurable.
- Se abren las posibilidades terapéuticas (Ferrari, 1997).

En un intento de superar los problemas de diversidad de conceptos entorno a la esquizofrenia, algunas escuelas han tratado de definirla en términos puramente sintomatológicos.

Uno de estos enfoques es el de Kart Scheneider quien en 1959 lo expuso en su libro de Psicopatología Clínica. Este autor reconoce que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones y propone distinguir entre todas las vivencias presentes en la esquizofrenia (robo del pensamiento, percepción delirante, vivencias de pasividad, etc.), un grupo de síntomas que denomina de primer rango cuya presencia en ausencia de trastorno de la conciencia o patología cerebral orgánica, puede considerarse patognómica de la esquizofrenia (González de Riviera y Revuelta, Rodríguez Pulido & Sierra López, 1993; Bousoño et al., 2005).

A comienzos del siglo XX, surgen nuevos enfoques y tendencias como el Psicoanálisis de Freud y la Psicopatología de Jaspers.

Freud, no hizo gran uso del concepto bleuleriano de esquizofrenia, pese a que tampoco lo refutó. Postuló que debía hablarse de “parafrenias” destacando de este modo las similitudes con la paranoia, cuadro que estudió en profundidad.

En su famoso análisis del “Caso Schreber” desarrolla los modos básicos de comprensión de la psicosis desde la perspectiva psicoanalítica.

En las neurosis el conflicto entre los impulsos instintivos del Ello y la realidad se resuelve en una represión inconsciente de parte del Yo; el conflicto es reprimido y reaparece luego como síntoma. En las psicosis, el conflicto en lugar de motivar la represión, produce un apartamiento de la realidad, supone una profunda regresión a fases preobjetales, es decir, aquellas en que la diferenciación entre objeto y sujeto aún no existe. El psicótico forcluye, excluye y rechaza contenidos psíquicos como si no existieran (Ferrari, 1997).



Jaspers, en su obra "Psicopatología General" introduce "el método fenomenológico" para abordar la enfermedad mental en particular la psicosis.

No fue sino hasta la década de los años 50, que se produjeron una serie de descubrimientos que generaron un profundo cambio en los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, entre los cuales podemos mencionar en términos generales:

- A- El descubrimiento de las propiedades neurolépticas de la clorpromazina, por los investigadores franceses Delay y Denniker. Los mismos detectaron que una molécula química, la clorpromazina, a menudo era capaz de anular los estragos del proceso psicótico. La clorpromazina es una fenotiazina y sucesivas modificaciones de este núcleo original van produciendo la aparición de distintos fármacos de este grupo base con acciones selectivas.
- B- El descubrimiento de fármacos antidepresivos (hiproniazida e imipramina) por Klein y Kuhn.
- C- El descubrimiento de las propiedades antimaníacas del carbonato de litio por Cade (Ferrari, 1997; Vidal Alarcón, 1986).

Hasta la aparición de los psicofármacos la única terapéutica que se disponía eran las curas de choque las cuales consistían en llevar al paciente a un estado comatoso mediante la administración progresiva de unidades de insulina, luego de conseguido el coma se lo sacaba del mismo suministrándosele glucosa; la angustia de muerte experimentada por el paciente parecía sedar sus síntomas psicóticos. Otro medio terapéutico era el tratamiento electroconvulsivante (electroshock o TEC) que consiste en la aplicación de electrodos humedecidos en agua salada en ambas regiones fronto parietales, una corriente eléctrica alterna de 50 períodos a 110 voltios durante menos de un segundo, todo esto precedido de medicación anestésica para evitar las convulsiones (Ferrari, 1997).

Diversos autores señalaron en diferentes épocas la presencia de condiciones anómalas en las familias de los esquizofrénicos, que serían las responsables de la génesis del trastorno.

Desde la década de los años 50 y a partir de los trabajos de Frieda Fromm Reichman, en los que se acuña el término de "Madre



Esquizofrenógena” (agresiva, dominante pero insegura), se inician diversas escuelas con un enfoque común de tipo psicodinámico.

Los estudios de la Escuela de Lidz muestran la existencia de factores tales como el “cisma marital” y el “sesgo marital” que favorecerían la aparición de la esquizofrenia. Para Lidz la esquizofrenia sería esencialmente un estilo de vida adoptado por el paciente para escapar de los conflictos irresolubles dada su irracionalidad, a los que le somete la familia (Vallejo Ruiloba, 2000).

El concepto del “Doble Vínculo” formulado originalmente por Bateson, destaca la importancia patógena de mensajes antagónicos provenientes de los padres, especialmente de la madre, que crean en el niño un estado de frustración, rabia, temor que lo llevan a refugiarse en la psicosis.

Wynne y Singer proponen que el flujo de la comunicación interfamiliar es disruptiva por la idiosincrasia de cada miembro que participa en ella, esto produce el desarrollo de una comunicación verbal única en la familia; el problema surge cuando el niño debe relacionarse con otros estilos comunicativos distintos al de su familia (Vallejo Ruiloba, 2000; Dally, 1984; Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

En las últimas décadas los teóricos de orientación biológica han justificado el papel notable que desempeñan los factores genéticos, bioquímicos y anatómicos en la transmisión y manifestación de las perturbaciones esquizofrénicas, plasmado en trabajos representativos como los ofrecidos por Gottesman y Shields (1982), quienes proponen la “Teoría del Estrés-Diátesis” y Zubin y Spring (1977) quienes exponen la “Teoría de la Vulnerabilidad” (Anderson et al., 1986).

Las distintas significaciones en torno a la esquizofrenia han contribuido a que esta enfermedad represente históricamente el paradigma de la locura.

Es un trastorno grave con un alto coste social, laboral, económico y familiar alrededor del cual se han tejido innumerables teorías y connotaciones sociales negativas de ahí que se perfila como uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, a la incompreensión y a la desproporcionada e inapropiada publicidad que se les otorga a los enfermos mentales entorno a sus conductas violentas y criminales. Sobre las familias también recaen estereotipos negativos, las conductas



relacionadas con la esquizofrenia suelen resultar embarazosas desde el punto de vista social ya que en ocasiones los pacientes acusan a sus vecinos, empleadores de intentar envenenarlos; también descuidan su higiene personal o se muestran desconsiderados hacia las necesidades ajenas. Los pacientes y su familia corren el riesgo de ser rechazados por la comunidad en que viven.



2.1 Introducción.

En la actualidad se define a la “esquizofrenia como una perturbación del pensamiento sensible al ambiente y harto a menudo persistente o recurrente con un sustrato de disfunción cerebral (cognitiva, perceptiva, anatómica o bioquímica) bastante convincente, que ha sido adquirida (por vía traumática, infecciosa, etc.) y o heredada por medio de los genes” (Anderson et al., 1986).

Es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, para dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad psíquica que afecta a la mente, al conjunto de actividades o procesos psíquicos conscientes o inconscientes. El cerebro enferma y entra en crisis debido a la tensión experimentada que actúa como catalizador o detonante de la enfermedad en una persona con predisposición a contraerla.

Es un trastorno psiquiátrico grave y debilitante, que abarca probablemente un grupo de enfermedades caracterizadas por distorsiones del pensamiento y la percepción, por afectos y emociones inapropiadas y/o aplanadas y con una marcada tendencia al aislamiento social.

Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, afligiendo con la misma frecuencia a hombres y mujeres de cualquier país o cultura, de todos los niveles de inteligencia. Sin embargo, aunque la prevalencia es similar en ambos sexos, las mujeres experimentan un curso más leve, una aparición más tardía de los síntomas, un mejor funcionamiento social. En los varones el inicio suele ser a una edad más temprana, existiendo peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencias de anormalidades cerebrales estructurales y de deterioro cognitivo (Dally, 1984; Ballus Creus & García Franco, 2000; Organización Mundial de la Salud [O.M.S], 1991; DSM-IV, 1995).

Típicamente la esquizofrenia comienza al final de la adolescencia y principio de la edad adulta. En el 70% de los nuevos casos se detectan los primeros síntomas entre los 15 y los 30 años de edad, arrojando un promedio de 15-24 años (Anderson et al., 1986; Vallejo Ruiloba, 2000).

Aunque la esquizofrenia puede desarrollarse en cualquier individuo es más frecuente que aparezca en personalidades con algunos rasgos concretos.



Los rasgos más comunes son el aislamiento social y emocional, suelen ser sujetos que muestran preferencia por actividades solitarias conductas excéntricas y que buscan refugio en la fantasía. Esta asociación entre personalidad premórbida y esquizofrenia, no es lo suficientemente fuerte como para predecir la enfermedad, pero permite identificar a individuos con mayor riesgo de desarrollarla (Perona Garcelán; Gallach Solano; Vallina Fernández & Santolaya Ochando, 2004).

El inicio de este trastorno puede ser agudo o insidioso.

Con frecuencia el inicio es insidioso de tal modo que es imposible fecharlo. Un joven con una conducta previa y un rendimiento académico, laboral adecuado se convierte lentamente en un sujeto aislado e introvertido, pierde su iniciativa y vivacidad, abandona sus ambiciones de futuro.

En otros casos el inicio es agudo, cuya principal característica es la eclosión súbita de sintomatología esquizofrénica; habitualmente tras la vivencia de un alto monto de estrés ambiental, se presenta un cuadro florido en el curso de pocas horas o a lo largo de algunos días.

Sin embargo, la mayoría de los sujetos presentan una *fase prodrómica* que manifiesta un lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej. aislamiento social, fallas escolares, deterioro de la higiene personal, comportamientos extraños, pérdida de interés en el estudio o en el trabajo).

También suelen existir fases agudas de crisis con irrupción de sintomatología positiva (delirios y alucinaciones) y una acentuación de los síntomas negativos (apatía, abulia, anhedonia, etc.). Las crisis exigen los cuidados más intensivos.

La fase de crisis es seguida por el estado de compensación en el que la persona, sin estar curado, mantiene una adecuada relación con la realidad y debe ser estimulada convenientemente para responder a las exigencias de una vida normalizada. Esta estimulación se debe regular de acuerdo con su grado de vulnerabilidad.

La fase de compensación puede dar paso a una nueva crisis si se presenta circunstancias ambientales como tensiones o conflictos, pero también circunstancias médicas como la suspensión de medicación o el consumo de drogas (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005).



Los estudios de curso y evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos casos. La remisión completa, es decir, el retorno total al nivel premórbido, no es habitual en este trastorno (Vallejo Ruiloba, 2000; DSM-IV, 1995).

Estudios impulsados por la O.M.S sugieren como perfil de mal pronóstico al: aislamiento social del paciente, tras el primer episodio, larga duración del episodio anterior y existencia de antecedentes psiquiátricos.

En un 30% de los casos se reproduce una recuperación completa, en un 40% de los casos la recuperación es parcial con una evolución que atraviesa altibajos y en el restante 30% no hay recuperación; estos porcentajes pueden tener oscilaciones (O.M.S., 1991).

2.2 Etiología de la enfermedad.

La esquizofrenia es una enfermedad de génesis multicausal, es decir, posee causas biológicas psicológicas y sociales (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Con el transcurso del tiempo y de las investigaciones se han postulado una serie de hipótesis que intentan dar cuenta de la etiología de esta enfermedad, tan enigmática aun.

2.2.1 Hipótesis causales.

Hipótesis de la Vulnerabilidad Genética.

Numerosos estudios genéticos han demostrado que unos factores de vulnerabilidad genética, transmitidos hereditariamente que interactúan con el estrés, predisponen al desarrollo de la esquizofrenia.

Ballus Creus & García Franco (2000) expresan que la vulnerabilidad es la propensión a contraer la enfermedad si se presentan otras circunstancias. Lo que se hereda es la predisposición pero no la enfermedad misma.

El modelo de vulnerabilidad sugiere que elementos genéticos y posiblemente también adquiridos, crean un terreno previo vulnerable al que en



un momento determinado puede afectarle acontecimientos que alteren la vida del paciente. De esta manera, las crisis se manifestarían cuando a la persona se le exigen excesos, ante tal circunstancia la única salida sería la crisis.

Los familiares biológicos de primer grado de las personas con esquizofrenia presentan un riesgo del trastorno aproximadamente diez veces superior al de la población general. La posibilidad de que el hijo de un padre esquizofrénico tenga la enfermedad alcanza casi el diez por ciento, si ambos padres tienen el trastorno la incidencia aumenta hasta el cuarenta por ciento (Dally, 1984; DSM-IV, 1995; Carlson, 1996).

Una gran cantidad de estudios acerca de diversos casos de familias y de hermanos gemelos permitieron acumular pruebas a favor de una etiología genética.

Un número considerable de estudios de adopción han encontrado que los hijos de padres esquizofrénicos tienen una probabilidad considerablemente elevada de convertirse en esquizofrénicos, independientemente que sean criados por padres adoptivos no esquizofrénicos. Las tasas de concordancia para la esquizofrenia son más altas en gemelos monocigóticos que en dígóticos (Carlson, 1996; Anderson et al., 1986; Vallejo Ruiloba, 2000).

La idea de que un gemelo idéntico por afinidad biológica reaccione y desarrolle una enfermedad psicótica similar a la de su hermano aunque el mismo se halle a kilómetros de distancia, es fascinante. Pero se debe reconocer que los estudios e investigaciones en este campo no son en muchos casos concordantes y por ende no es posible extraer conclusiones definitivas respecto a la esquizofrenia.

La esquizofrenia como la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, presenta un cuadro clínico complejo y heterogéneo. Esto requiere de la adaptación de las metodologías de investigación a la complejidad de la enfermedad.

Mendlewicz (1992) propone dos estrategias de investigación complementarias la una de la otra:

- los *análisis de segregación* utilizan programas estadísticos que verifican diferentes modelos genéticos de esquizofrenia.



- los *análisis de linkage genético* estudian en el seno de familias de pacientes esquizofrénicos la transmisión simultánea de la enfermedad y de marcadores genéticos.

Análisis de segregación

Este tipo de análisis sostiene que cuando un rasgo de un individuo se determina mediante un factor genético, este mostrará una segregación familiar, es decir, una probabilidad mayor de encontrar ese rasgo entre los miembros de la familia de dicho individuo que hereden ese factor genético, que entre la población general.

A fin de dar cuenta de la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia se introdujo la noción de un “continuum de vulnerabilidad” a la enfermedad, dependiendo del efecto adicional de factores genéticos y ambientales.

Según esta idea, más allá de un cierto umbral de vulnerabilidad la enfermedad se hace manifiesta, y más severa es su forma cuanto más claramente se sitúa el individuo por encima del umbral. Los miembros de la familia de un paciente situados por encima del umbral están más a menudo afectados que los miembros de la familia de un sujeto situado por debajo del mismo, ya que se estima que los primeros han heredado un mayor número de factores de vulnerabilidad.

Este concepto permite comprender la noción de *espectro clínico de la esquizofrenia o espectro esquizofrénico*, es decir, un amplio abanico, un conjunto de entidades clínicas diferentes (esquizofrenia, trastorno evitativo de la personalidad, paranoia, trastorno esquizotípico, trastorno dependiente), pero que comparten una misma etiología subyacente (Mendlewicz, 1992; Vallejo Ruiloba, 2000).

Para dar cuenta de los mecanismos de acción presentes en la transmisión genética de la esquizofrenia se han concebido varios modelos.

El modelo monogénico postula la existencia de un locus mayor único dominante o regresivo de penetración reducida, en oposición a esta concepción, otros autores sugieren que la esquizofrenia sería el resultado del efecto combinado de varios genes mayores y de diversos factores ambientales



suficientes como para traspasar el umbral de vulnerabilidad por encima del cual aparece la enfermedad (Mendlewicz, 1992; O.M.S, 1966).

Estudio de linkage genético

Los estudios del linkage genético exploran la hipótesis de un gen mayor en ciertas formas de esquizofrenia.

Los investigadores han estudiado la cosegregación de la esquizofrenia con un marcador de la misma en las familias de sujetos afectados, en los cuales el marcador y la enfermedad están ligados; esta es la noción de linkage genético que traduce el hecho de que dos genes próximos sobre un mismo cromosoma, tienen mayores probabilidades de heredarse juntos en cada miembro de la siguiente generación.

Los marcadores de vulnerabilidad genética para la esquizofrenia son unos rasgos hereditarios representados por unos parámetros biológicos (bioquímicos, neurofisiológicos, morfológicos) que reflejan el riesgo de heredar la enfermedad.

Los primeros estudios de linkage se llevaron a cabo sobre los receptores dopaminérgicos D1, D2, D3 y D4 (Vallejo Ruiloba, 2000).

Las monoamino-oxidasas plaquetarias de tipo B (MAO B) y las aminooxidasas plasmáticas (PAC) muestran una actividad más baja en los miembros afectados en ciertas familias de esquizofrénicos.

Uno de los primeros cromosomas en los que se habían descrito anomalías fue el 5, a través del análisis de ligamento, intentando relacionar los patrones de segregación de un marcador polimórfico con la enfermedad.

Los resultados en torno a estas investigaciones no son concluyentes (Mendlewicz, 1992; Vallejo Ruiloba, 2000).

Modelo de Vulnerabilidad al Estrés

A partir de los desarrollos conceptuales presentados con anterioridad se ha elaborado un modelo de vulnerabilidad al estrés, intentando explicar de forma esquemática la predisposición a adquirir la enfermedad (McGorry y Singh, 1995).

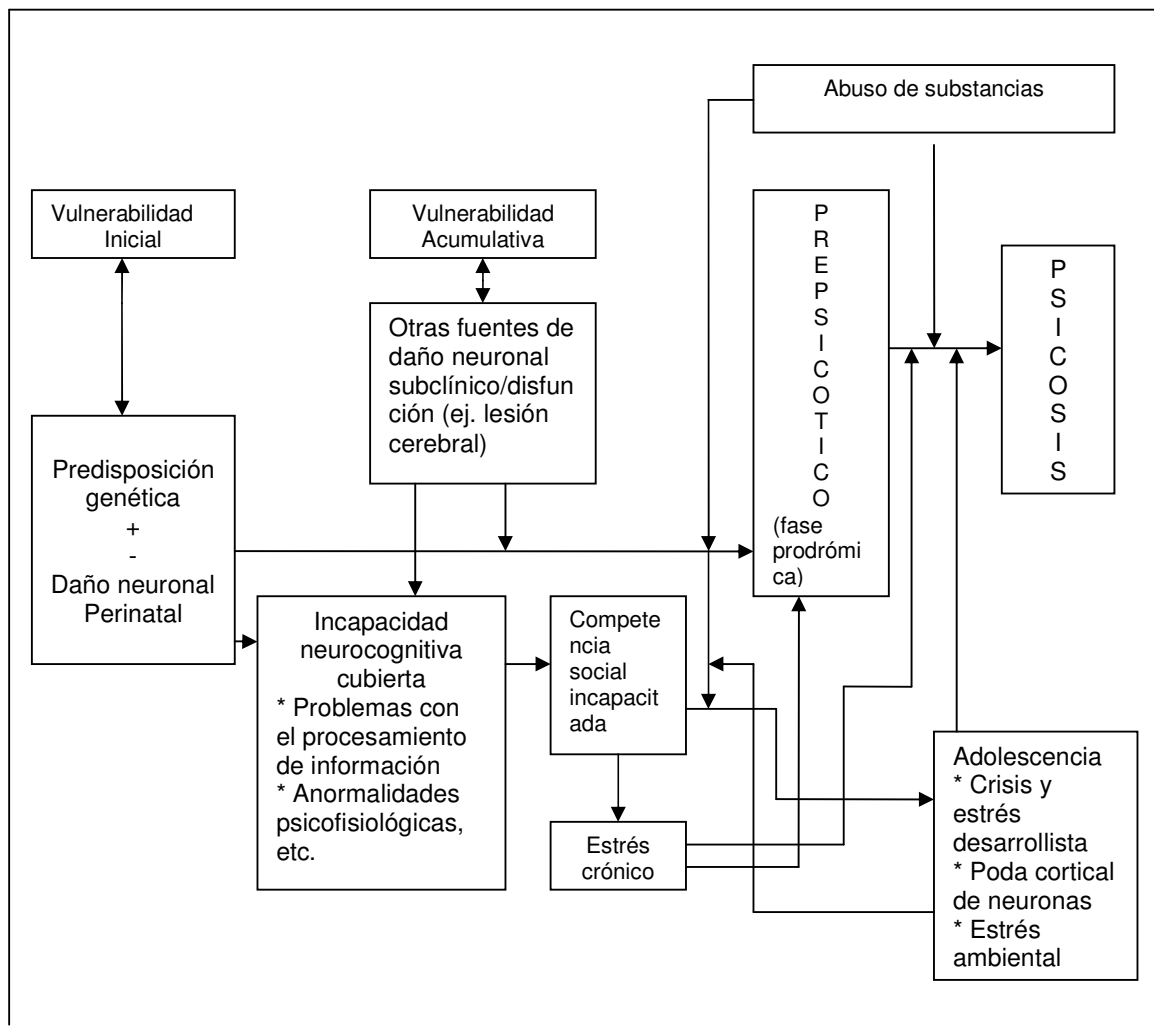
Su adopción tiene un número de implicancias interesantes para las estrategias preventivas.

Modelo de Vulnerabilidad Neurodesarrollista/Ambiental (Figura 1).

Las características de la vulnerabilidad están presentes: las perturbaciones del procesamiento de información, las anomalías de la respuesta neurofisiológica y el déficit de competencia social.

Los estímulos ambientales externos interactúan con estas características para producir un estado de sobrecarga de la capacidad de procesamiento, la hiperexcitación autonómica y el procesamiento incapacitado de los estímulos (McGorry y Singh, 1995).

Figura 1: *Modelo ambiental neurodesarrollista de la vulnerabilidad*





Hipótesis Bioquímica.

Desde hace algunos años la bioquímica ocupa un lugar cada vez más importante en el estudio de las afecciones esquizofrénicas.

Muchos de los estudios bioquímicos sobre esta enfermedad, emprendidos en los últimos diez años, se han basado en la hipótesis de que la misma podría estar asociada a la presencia de una amina anormal en el sistema nervioso central o de una proteína anormal en el plasma sanguíneo.

Ninguna de esas dos posibilidades ha sido confirmada ni refutada por completo (O.M.S, 1970).

La alteración de la neurotransmisión ha dado origen a muchas explicaciones acerca de la esquizofrenia.

La hipótesis de la amina se funda en la presencia y distribución en el sistema nervioso central de aminas químicamente relacionadas con ciertos fármacos. En el cerebro se encuentran tres aminas importantes: la dopamina, la serotonina y la noradrenalina.

Disfunciones Dopaminérgicas.

La hipótesis de la dopamina postula que la hiperactividad de ciertas vías dopaminérgicas es la génesis del desorden neurofisiológico en la esquizofrenia (Anderson et al., 1986; Vidal Alarcón, 1986; Dally, 1984; Mendlewicz, 1992).

La misma se basa en dos argumentos farmacológicos:

- a- el efecto antipsicótico de los neurolépticos está en relación con su eficacia para bloquear los receptores DII.
- b- se pueden inducir estados psicomiméticos mediante sustancias que aumentan la transmisión dopaminérgica como la L-dopa entre otras (Mendlewicz, 1992; Stahl, 1998).

Vía dopaminérgica mesolímbica: proyecta desde el troncoencéfalo a las áreas límbicas del cerebro. Se cree que cuando estas vías se interrumpen por bloqueo de los receptores dopaminérgicos se reducen los delirios y las alucinaciones (Stahl, 1998; Carlson, 1996).

Vía dopaminérgica nigroestriatal: cuando los receptores de dopamina son bloqueados en las proyecciones postsinápticas se producen trastornos del



movimiento que se parecen mucho a los de la enfermedad de Parkinson. Los efectos secundarios asociados con el bloqueo de los receptores dopaminérgicos se llaman también algunas veces “reacciones extrapiramidales” (REP).

Vía dopaminérgica mesocortical: algunos investigadores creen que está implicada en la mediación de los síntomas positivos de las psicosis y quizás también de los negativos.

Esta formulación sugiere que el bloqueo de esta vía por los neurolépticos es deseable porque ayuda a reducir los síntomas negativos.

Vía dopaminérgica tuberoinfundibular: cuando se bloquean los receptores dopaminérgicos de esta vía los niveles de prolactina se elevan, algunas veces tanto que las mujeres pueden empezar a producir leche de forma inapropiada (Stahl, 1998).

Antes que la teoría dopaminérgica tomase cuerpo, la *serotonina* era el neurotransmisor que poseía mayor predicamento.

Diversos investigadores obtienen datos acerca de la existencia de niveles anormales de serotonina en pacientes esquizofrénicos. Esta hipótesis surgió de las investigaciones que dan cuenta de la acción de los neurolépticos sobre la transmisión de serotonina en la sinapsis. Sostiene que limitando unos receptores específicos de la serotonina se reducen los síntomas psicóticos y los trastornos del movimiento.

Entre las hipótesis bioquímicas algunos resultados indican que hay otros sistemas de neurotransmisores que pueden estar relacionados con la sintomatología de la esquizofrenia. Entre estas sustancias se menciona el *ácido glutámico*, el *ácido aminobutílico* o *gaba* y la *noradrenalina* (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Hipótesis de los Acontecimientos Vitales.

El interés por el estudio de los acontecimientos vitales estresantes llamados también eventos de vida (tales como fallecimiento de un familiar cercano, divorcio, pérdida del empleo, etc.) radica en la suposición de que la



esquizofrenia puede estar causada, influida o asociada al estrés (Vallejo Ruiloba, 2000).

Ballus Creus & García Franco (2000) explican que los eventos de vida son sucesos que ocurren o pueden ocurrir a lo largo de la vida y que someten a quienes los viven a un aumento de tensión o estrés que puede tener consecuencias físicas (dolencias somáticas) y provocar dolencias psíquicas (agotamiento nervioso, ansiedad y depresiones).

Están asociados a los estados de ánimo habituales como ansiedad y tristeza, que surgen ante estas circunstancias, pero se debe aclarar que no todos los acontecimientos de vida son malos en general se los asocia con algunas desgracias personales pero también lo son las buenas noticias.

El impacto que un evento de vida puede tener sobre un sujeto depende de una diversidad de factores según lo expone Vallejo Ruiloba (2000).

Por un lado, es la personalidad de cada individuo la que determina como este reaccionará ante situaciones adversas.

En este sentido se puede pensar que un sujeto con una personalidad mas madura dispondrá de mejores estrategias para afrontar la situación, que aquellos sujetos con problemas o trastornos de personalidad, que se encontrarán mas desbordados ante la misma.

Por otro lado, los recursos sociales con que cuenta el sujeto le permitirán también modular la influencia de los acontecimientos negativos.

Estos eventos en las personas que poseen una vulnerabilidad específica a la esquizofrenia pueden ser detonantes de una crisis o suponer una recaída.

Acontecimientos Vitales:

- Divorcio
- Reconciliación conyugal
- Enfermedad personal grave
- Despido laboral
- Embarazo
- Jubilación
- Matrimonio
- Cambio de residencia



- Reajuste financiero importante
- Problemas con el superior en el trabajo
- Encarcelamiento o confinamiento
- Dificultades sexuales
- Abandono del hogar por parte de algún hijo

Hipótesis de Infecciones por Virus.

Anderson et al. (1986), señala que en la actualidad se llevan a cabo estudios que intentan demostrar la influencia de algunas infecciones por virus (por ejemplo el virus de la influenza) en el desarrollo de la esquizofrenia.

La influenza o gripe es una enfermedad viral de gran incidencia mundial.

Se presenta en tres tipos A, B y C: los dos primeros son los serotipos más importantes porque pueden mutar y producir diferentes cepas cada año, mientras que el C sufre cambios menores en su estructura.

La exposición al virus en la primera mitad del embarazo triplica el riesgo de contraer esquizofrenia. Esta noxa ambiental dañaría en primer término la migración neuronal programada, y luego en un segundo momento podría alterar la correcta expresión genética de diferentes productos neuronales. El posible mecanismo consistiría en la producción de anticuerpos maternos que originaron una lesión cerebral en el feto, dado que la infección por el virus influenza no produce una viremia y que el influenza "tipo a" puede producir anticuerpos que reconocen estructuras neuronas cerebrales en animales de experimentación. La reacción inmune y fundamentalmente las citoquinas que se liberarían por su presencia serían los responsables del daño cerebral. El exceso de sustancia segregadas en la respuesta podría ser la causa de la falta de sinapsis inhibitorias de éstos pacientes (Murray; Rosenthal; Kobayashi & Pfaller; 2004).

Hipótesis de los Traumas de Nacimiento.

Esta teoría ha intentado explicar como algunos accidentes o complicaciones obstétricas en el momento del nacimiento (p. ej. lesión o mala



oxigenación del cerebro) pueden ser importantes antecedentes para que en los años posteriores se presente la enfermedad (Anderson et al., 1986).

2.2.2 Modelos etiológicos.

A continuación se expondrá algunos de los modelos actuales que intentan explicar las causas de la aparición de la esquizofrenia.

Modelo de la Vulnerabilidad.

El modelo de la vulnerabilidad desarrollado en 1977 por J. Zubin, se trata de un modelo multifactorial que es válido para la esquizofrenia y otras enfermedades mentales. Plantea como hipótesis que la esquizofrenia no implica una alteración crónica y permanente, sino una vulnerabilidad permanente para desarrollar el trastorno.

Propone que las alteraciones genéticas y los factores adquiridos, generan un “terreno” premórbido vulnerable que puede ser descompensado por determinados estresores psicosociales como los acontecimientos vitales estresantes que son capaces de poner de manifiesto la vulnerabilidad y generar en el individuo un episodio esquizofrénico.

Estos episodios se presentan como reacciones tras situaciones de sobreexigencia en aquellos sujetos que poseen una predisposición.

Este modelo considera finalmente a las variables moderadoras (redes sociales, nicho ecológico del sujeto, personalidad premórbida) que pueden prevenir un episodio psicótico o por el contrario potenciar el impacto del estresor.

Plantea la existencia de un umbral de tensión específico para cualquier individuo a partir del cual puede manifestarse la esquizofrenia.

Durante el periodo en que el nivel de tensión esta por debajo del umbral de la vulnerabilidad, el individuo responde al estresor con una crisis menor, de una forma homeostática, autorreguladora y de esta manera permanece dentro de los límites de la normalidad, sus habilidades adaptativas se hallan estabilizadas.



Si el nivel de tensión excede el umbral, la habilidad adaptativa queda colapsada y se está a punto de producir una crisis mayor seguida de un episodio esquizofrénico. Cuando el nivel baja por debajo del umbral de vulnerabilidad el episodio llega a su fin y la persona retorna a la capacidad de adaptación anterior al mismo.

Dicho modelo considera la etiología en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Modelo Atención-Vigilancia.

Este modelo ha sido propuesto por J. Tecce y J. O. Cole en 1976, considera que en la esquizofrenia existe una gran dificultad para seleccionar los estímulos pertinentes o inhibir aquellos que no lo son. Estas personas poseen una dificultad para reconocer e identificar los estímulos, integrarlos, almacenarlos, recordarlos y usarlos de una forma adecuada. Lo que determina una incapacidad para mantener centrada la atención o desplazarla de forma flexible (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Desde este modelo la atención es concebida como un haz de luz emitido por un gran proyector. Si el enfoque es amplio e ilumina todos los espacios de un escenario planteara exigencias excesivas a la capacidad del organismo de percibir y comprender la situación.

Algunas veces, los sujetos intentan resolver este problema estrechando el haz luminoso, de esta manera la atención se concentra en unidades de información sueltas perdiéndose la imagen de conjunto.

Por consecuencia, el aprendizaje y el procesamiento se vuelven seriales (una unidad por vez) y deliberados, en lugar de simultáneos (mucho información a un mismo tiempo) y automáticos (Anderson et al., 1986).

Modelo Díatesis-Estrés.

Ballus Creus & García Franco (2000), explican que este modelo fue propuesto por I. H. Falloon (1984), el cual considera que las personas con esquizofrenia sufren de un defecto psicológico que interfiere en los procesos cognitivos esenciales para solucionar problemas y que se manifiesta con un arousal psicológico excesivo en las condiciones de la tensión cotidiana. La



tensión adicional sobrecarga fácilmente la capacidad de procesamiento cognitivo del individuo y precipita las recaídas.

Falloon plantea lo siguiente:

- Un acontecimiento vital es percibido como estresante por un individuo que percibe una discrepancia entre sus recursos personales o ambientales y el nivel de adaptación requerida. Cuando el estrés del ambiente es alto, los recursos para una adaptación efectiva son limitados. Cuando el estrés es bajo, hará falta un acontecimiento muy importante para producir el mismo nivel global de estrés.
- El estrés esta asociado a cambios fisiológicos: tensión muscular, agitación, alteraciones alimentarias o trastornos del sueño, los cuales sirven de señales de alarma tanto para la persona como para sus familiares.
- Si el estrés persiste, el siguiente paso es el empeoramiento de la esquizofrenia.
- Si el estrés se incrementa por la sintomatología de la esquizofrenia se crea un círculo vicioso y el paciente estará en peligro de sostener una carrera crónica.
- La efectividad combinada de los esfuerzos de adaptación, el apoyo de su familia y amigos, pueden conducir a veces a una solución del problema y a la moderación de los efectos del causante del estrés.
- Los cambios fisiológicos asociados al estrés se pueden moderar con la administración de neurolépticos.

Por todo lo dicho anteriormente, se considera óptimo disminuir la estimulación ambiental y reducir la vulnerabilidad psicobiológica con la medicación neuroléptica.

2.2.3 Alteraciones en la forma y funcionamiento del cerebro.

Si bien no se han identificado técnicas que sirvan para el diagnóstico de esquizofrenia, existen datos acerca de la existencia de anomalías estructurales del cerebro en sujetos con esta enfermedad.



Las anomalías más frecuentes del cerebro que se han hallado son: ensanchamiento de los ventrículos laterales y medio, aumento de los surcos de la corteza, adelgazamiento parahipocámpico izquierdo, disminución del tamaño del vermis cerebeloso, entre otros.

Una serie de técnicas no invasivas de exploración física permiten el estudio in vivo de aspectos estructurales y funcionales del sistema nervioso central. A través de las mismas se obtienen datos en favor de alteraciones morfológicas que sufre el cerebro en pacientes esquizofrénicos.

Tomografía Axial Computarizada (TAC): la cuestión de la atrofia cerebral en la esquizofrenia ha sido objeto de numerosos estudios mediante esta técnica.

Ha permitido describir un aumento de los ventrículos laterales y medio, un aumento de los surcos corticales y una disminución del vermis cerebeloso en pacientes con esquizofrenia.

Estas alteraciones están presentes desde el inicio de los síntomas y se encuentran con más frecuencia en pacientes con sintomatología negativa, mal ajuste premórbido y peor respuesta al tratamiento (Vidal Alarcón, 1986; Vallejo Ruiloba, 2000; Mendlewicz, 1992).

Resonancia Magnética Nuclear (RMN): empleando esta técnica, la región temporal se muestra reducida de forma significativa en el lado izquierdo respecto al derecho en la esquizofrenia. Hay investigadores que notan que la atrofia en la región hipocámpica izquierda solo se produce en la esquizofrenia masculina. Otra serie de estudios ponen en evidencia un aumento en el grosor de la porción anterior y media del cuerpo calloso en las mujeres y una reducción del núcleo amigdalino (Mendlewicz, 1992; Vallejo Ruiloba, 2000).

Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón (SPECT): da cuenta de hallazgos que indican la hipofrontalidad en pacientes esquizofrénicos.

Flujo Sanguíneo Regional Cerebral (rCBF): cuando se estudia en forma específica la sintomatología positiva se detecta que la misma se relaciona con el lóbulo temporal izquierdo y en menor grado con el temporal derecho.

Además estudios de este tipo han revelado señales de un deterioro funcional (p. ej. reducción de la circulación sanguínea hacia los lóbulos



frontales) y un bombeo insuficiente del flujo cerebroespinal hacia los lóbulos frontales (Vallejo Ruiloba, 2000; Anderson et al., 1986; DSM-IV, 1995).

Sin embargo, son todavía resultados preliminares y aunque muy prometedores, aún no existe indicación de utilización en rutina clínica con fines diagnósticos.

2.2.4 Neuropatología.

Vallejo Ruiloba (2000) señala que los primeros estudios en neuropatología se establecieron tras observar la relación de los ganglios basales con ciertos movimientos anómalos en las enfermedades neurológicas.

Cuando con posterioridad los estudios de neuroimagen revelaron una interconexión de los ganglios basales y los lóbulos frontales, se planteó la posibilidad de que estos estuvieran implicados en las alteraciones de la psicomotricidad en la esquizofrenia.

Los resultados más convincentes obtenidos por medio de estudios de neuroimagen se establecieron sobre el sistema límbico, en el que se halla una disminución del tamaño de esta región (que comprende la amígdala, el hipocampo y la circunvolución hipocampal).

2.3 Síntomas.

En la actualidad se considera que la esquizofrenia no se trata de una única enfermedad, sino de un grupo de trastornos mentales asociados que comparten algunos síntomas (Mendlewicz, 1992).

La esquizofrenia es muy polimorfa tanto en sus formas clínicas como en la aparición de sus síntomas (Vallejo Ruiloba, 2000).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV (1995) señala que las características esenciales de la esquizofrenia son “una mezcla de signos y síntomas peculiares tanto positivos como negativos que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos



seis meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral”.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Los síntomas pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los *síntomas positivos* (Tabla A), los cuales reflejan un exceso de las funciones mentales y, los *síntomas negativos* (Tabla B), que implican una disminución o pérdida de las funciones normales (Stahl, 1998; Bousoño et al., 2005).

Los síntomas positivos suelen ser útiles para el diagnóstico de la enfermedad, al estar presentes en un porcentaje importante de pacientes (65% de frecuencia de delirios, 52% de alucinaciones); pero no lo son tanto, para predecir el pronóstico o la evolución a medio o largo plazo, ni constituyen el núcleo de la enfermedad.

Los síntomas negativos son considerados la clave para comprender la esquizofrenia a nivel fisiopatológico, ya que se cree que probablemente están mas cerca de las causas de la misma e incluso en el origen de otros síntomas según explica Bousoño et al. (2005).

Tabla A: Síntomas positivos

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Distorsiones o exageraciones en el lenguaje.
- Lenguaje desorganizado.
- Conducta desorganizada.
- Conducta Catatónica.
- Agitación.



Tabla B: Síntomas negativos

- Afecto embotado.
- Aplanamiento afectivo (limitaciones en el rango de intensidad de la expresión emocional).
- Alogia (restricciones en la fluidez y productividad del pensamiento y del lenguaje).
- Abulia (restricciones en el inicio de las conductas dirigidas hacia una meta).
- Anhedonia (falta de placer)
- Atención deteriorada.
- Retraimiento emocional.
- Escasa capacidad de contacto.
- Pasividad.
- Retraimiento social apático.
- Dificultad en el pensamiento abstracto.
- Falta de espontaneidad.
- Pensamiento estereotipado.



Los síntomas comprenden seis grupos principales:

A- Trastornos del pensamiento y del habla

Es quizás el fenómeno más característico de la enfermedad. Los esquizofrénicos tienen grandes dificultades para arreglar sus pensamientos de manera lógica y para extraer conclusiones factibles de los pensamientos absurdos.

En palabras de Vallejo Ruiloba (2000) las metonimias, la aglutinación de ideas y mezcla de significaciones conducen a un pensamiento de particular simbología que nos resulta absurdo e incomprensible y nos recuerda al pensamiento mágico-primitivo.

Los intentos del paciente por explicar su experiencia resultan incoherentes a causa de todo lo que sucede en su mente, una sola palabra puede desencadenar una gran variedad de asociaciones indirectas. Este tipo de trastorno se denomina asociaciones laxas (Anderson et al., 1986).

La interceptación brusca del flujo verbal, conocida como bloqueo del pensamiento, puede ser debido a una percepción alucinatoria o a una idea parásita que hace que el paciente se detenga en medio de una conversación a la que estaba abocado (Dally, 1984; Vallejo Ruiloba, 2000).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias; son obviamente contrarias a los hechos, sin embargo, suelen tener un núcleo de verdad. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej. de persecución, religiosos, de grandeza etc.).

Los delirios de persecución o delirios paranoides son los más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, vigilada, engañada o ridiculizada.

Las ideas delirantes autorreferenciales son muy corrientes, la persona piensa que ciertos gestos, comentarios, canciones, artículos de diarios de su entorno están dirigidos a ella.

En otras oportunidades, la experiencia de la esquizofrenia es tan aterradora o parece tan insólita, que el paciente llega a convencerse de que



alguien le está metiendo estos pensamientos inquietantes en su cabeza; esta experiencia se conoce como inserción de pensamientos.

La propalación del pensamiento es una idea extraña por la cual algunos pacientes creen que sus pensamientos son compartidos y experimentados por todos los demás (DSM-IV, 1995; Dally, 1984; Ferrari, 1997; Anderson et al., 1986; Carlson, 1996).

B- Trastornos Sensoperceptivos

Vallejo Ruiloba (2000), los define como alteraciones de la conciencia de la realidad del mundo que nos rodea.

Los cuadros alucinatorios que se producen en la esquizofrenia son denominados alucinaciones psíquicas.

Las alucinaciones son percepciones de estímulos que en realidad no están presentes (Carlson, 1996). Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más habituales.

Las alucinaciones auditivas consisten en escuchar voces que hablan a la persona, en ocasiones lo critican o amenazan, en ocasiones le ordenan algo.

Las voces pueden ser una o varias, conocidas o desconocidas; en ciertas oportunidades no adoptan forma de voz sino que el paciente las retiene como gritos, aullidos o murmullos ininteligibles.

Las alucinaciones visuales son menos comunes, suelen producirse cuando los síntomas paranoides son pronunciados y llevan a la persona a ver cosas que en realidad no existen, este hecho los inquieta mucho.

A menudo los pacientes dicen percibir malos olores, creen que los demás lo intentan asesinar con un gas venenoso. Este es un ejemplo de alucinaciones olfativas.

El gusto y el olfato están muy ligados, de ahí que también en muchas ocasiones perciben sabores raros y feos que los asocian con veneno.

Las alucinaciones suelen afectar el tacto, por lo que el sujeto sentirá que lo tocan, lo pinchan o percibirá temperaturas inapropiadas (Carlson, 1996; Anderson et al., 1986; Ballus Creus & García Franco, 2000).



C- Trastornos de la Afectividad.

Durante los primeros estadios de la enfermedad es común la depresión; se producen accesos de pánico, de perplejidad o exaltación.

Con el tiempo se amortiguan los sentimientos emocionales, los pacientes se muestran apáticos, lentos y fríos en sus relaciones emocionales, la personalidad parece insensible y hasta indiferente.

Anderson et. al. (1986) explica que la vivencia personal de la esquizofrenia es una pesadilla. Con frecuencia los pacientes buscan el modo de bloquearla, aprenden así a evitar las conversaciones acaloradas, las exigencias escolares o laborales u otras fuentes de estímulo, recluyéndose en su habitación. Aumentan de este modo cada vez más su retraimiento social.

Una característica de estos pacientes es el negativismo, el cual responde al rechazo de la realidad del mundo objetivo o representa el grado máximo de rigidez de las expresiones emocionales (Vallejo Ruiloba, 2000).

Es común la presencia de disociación ideoafectiva, la demostración de sentimientos que son inadecuados para los pensamientos o la situación que vive el sujeto. Pueden experimentar ambivalencia afectiva, sentir simultáneamente emociones opuestas como el odio y el amor, generándose conductas contradictorias (Dally, 1984).

D- Pérdida del poder de voluntad y del impulso.

Una de las áreas más afectadas por la enfermedad es la volitiva. De a poco aquella persona que antes era activa y enérgica decide quedarse en la cama en lugar de ir a trabajar o cumplir con sus obligaciones. Descuida su aspecto, se acumula la suciedad y los desperdicios.

La persona pierde con el tiempo el poder de voluntad, experimenta una disminución de la reactividad al entorno, se enlentece su capacidad de reacción. Se siente cambiada, cree que sus pensamientos y sentimientos ya no son propios (ideas de pasividad), que está perdiendo su identidad (despersonalización).



El esquizofrénico hace todo cuanto se le indica o imita cada palabra (ecolalia) y cada acción (ecopraxia) de aquel que tiene en frente (Dally, 1984).

E- Trastornos Psicomotores.

La máxima expresión del trastorno psicomotor en la esquizofrenia es en palabras de Vallejo Ruiloba (2000) el estupor catatónico, entendido como la disminución o falta de contacto con el exterior.

Los signos catatónicos varían desde modales y gesticulaciones extrañas hasta posturas exageradas y raras.

En el sujeto tiene lugar un peculiar cambio del tono muscular, que puede ir desde un período de rigidez catatónica, manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido y presentarse con posterioridad abruptos y recortados episodios de agitación psicomotriz (DSM-IV, 1995; Vallejo Ruiloba, 2000).

Otra característica propia de este estado es la flexibilidad cérea, por la cual se puede colocar al enfermo en posturas extrañas o antigraavitatorios, pudiendo mantenerse en ellas durante horas (Vallejo Ruiloba, 2000).

F- Síntomas Físicos.

Dally (1984) da cuenta de ciertos síntomas físicos que se presentan en la esquizofrenia como la piel grasa y manchada, la cianosis de las manos y de los pies. También se ha observado que es común que en las mujeres esquizofrénicas la menstruación se vuelva irregular o tienda a interrumpirse.

2.4 La funcionalidad en la esquizofrenia.

La funcionalidad en la esquizofrenia es “la capacidad de adaptación del paciente, a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, que tiene un miembro adulto y productivo no enfermo” (Bousoño et al., 2005).

La funcionalidad está gravemente afectada en esta enfermedad, como consecuencia de sus manifestaciones intrínsecas, que disminuyen la capacidad



que tiene el paciente esquizofrénico para adaptarse a su medio. La pérdida de funcionalidad tiene como consecuencia la discapacidad y pérdida en la calidad de vida, e induce además una dependencia del paciente a las estructuras de soporte social, tales como el sistema de pensiones, el apoyo de la familia y la necesidad de una red asistencial diversificada.

Los componentes de la funcionalidad son numerosos:

- Capacidad cognitiva y afectiva intacta.
- Capacidad volitiva y conativa conservada.
- Capacidad laboral.
- Capacidad de relación social.
- Capacidad de planificar el futuro.
- Capacidad de integración en la sociedad.

Tener en cuenta la funcionalidad permite planificar paso a paso el proceso de recuperación del paciente, avanzando más allá de los síntomas de la enfermedad (Bousoño et al., 2005).

2.5 La experiencia personal de la esquizofrenia.

Anderson et al. (1986) sostiene que la mejor forma de comprender las vivencias de los pacientes con esquizofrenia es conociendo se *experiencia personal*:

Distracción: los sonidos y ruidos concurrentes que oyen los pacientes (los autos que circulan por la calle, el susurro del aire acondicionado o del calefactor, el zumbido del televisor, etc.) constituyen fuentes de distracción características de la enfermedad. Un paciente esquizofrénico en pleno episodio psicótico, presta idéntica atención a todas las fuentes de información concurrentes.

Sobrecarga: los estímulos también pueden generarse internamente; los recuerdos de personas, hechos y experiencias del pasado, lugares, música, fotografías compiten con los estímulos que provienen de afuera. Muchos pacientes describen este proceso como una sobrecarga.

Sensibilidad: es común que los pacientes comenten que en medio del bombardeo de estímulos que sufren, se ha producido un cambio en la calidad o



propiedades de los estímulos sensoriales; los colores se vuelven más intensos, los sonidos más fuertes, las imágenes más vividas y detalladas y los objetos familiares parecen más amenazadores.

Percepciones distorsionadas: la representación sensorial del mundo interno y externo cambia de manera dramática en las personas con esquizofrenia; las señales pertinentes y las no pertinentes se vuelven igualmente dignas de atención, los sonidos, los colores y las formas se experimentan de un modo muy extraño. Todo esto produce errores en la percepción de la realidad, para los pacientes las percepciones distorsionadas permanecen entre los reinos de la ilusión y la realidad.

2.6 Clasificación.

2.6.1 Criterio según el DSM-IV (1995) para el diagnóstico de esquizofrenia.

A. Síntomas característicos:

Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos, si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes.
- (2) Alucinaciones.
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej. descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Solo se requiere un síntoma del Criterio A, si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción Social – Laboral:

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las



relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos, si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o mas síntomas de las lista de criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej. Creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado del animo:

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

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad medicas:

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej. una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad medica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:

Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).



2.6.2 Formas Clínicas.

La esquizofrenia puede presentarse en diferentes y variadas formas. Tradicionalmente se la ha subdividido en paranoide, catatónica, hebefrénica y simple.

En la década del 80 aparecen clasificaciones dicotómicas de gran valor como la de Andreasen quien divide a la esquizofrenia en negativa y en positiva (Tabla C), y la de Crow que diferencia la esquizofrenia de tipo I y tipo II (Tabla D); sin embargo las mismas no han perdurado en el tiempo y han ido cediendo terreno por su escasa fiabilidad (Vallejo Ruiloba, 2000).

Tabla C: Clasificación de esquizofrenia según Andreasen.

Esquizofrenia positiva

- Alucinaciones marcadas que dominan el cuadro
- Marcada ideación delirante
- Marcada alteración formal del pensamiento
- Conducta rara y desorganizada
- Ausencia de síntomas negativos

Esquizofrenia negativa

- Alogia
- Embotamiento afectivo
- Apatía
- Anhedonia
- Dificultades en la atención
- Ausencia de síntomas positivos



Tabla D: Clasificación de esquizofrenia según Crow.

Tipo I (síntomas positivos)

Ideación delirante

Alucinaciones

Trastornos formales del pensamiento

Buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico

Exacerbación sindrómica con la administración de anfetamina

Alteración de la transmisión dopaminérgica

Buen pronóstico

Tipo II (síntomas negativos)

Embotamiento afectivo

Pobreza en el lenguaje

Falta de voluntad

Respuesta poco favorable al tratamiento psicofarmacológico

Mal pronóstico

No respuesta al test de la anfetamina

Alteraciones estructurales cerebrales

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

El DSM-IV (1995), incluye más formas clínicas de las que anteriormente definíamos como clásicas.

Esquizofrenia Simple.

La forma de inicio acostumbra a ser muy insidiosa y se remonta por lo común a la adolescencia temprana, pero los síntomas manifiestos aparecen en la adolescencia tardía o en la juventud (Dally, 1984; Vidal Alarcón, 1986).



El diagnóstico de esta forma clínica se establece por la escasez o nula manifestación de síntomas productivos (p. ej. ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado) y el predominio de síntomas negativos con escasa respuesta emocional: apatía afectiva, abulia, retraimiento autista, indiferencia, inactividad, rarezas de la conducta, etc.

En los primeros estadios es posible que solo se aprecien discordancias afectivas en sus relaciones sociofamiliares, un progresivo déficit de voluntad y trastornos conductuales. Evolucionan hacia estados de aplanamiento afectivo e indiferencia, que los tornan insensibles ante hechos dramáticos o conflictivos.

Es común que pierdan espontaneidad, acentúen su soledad y se refugien en el ambiente familiar que suele tolerar sus excentricidades (Vallejo Ruiloba, 2000).

El pronóstico es desfavorable, pues cuando ocurre la consulta el cuadro suele llevar años de evolución.

Esquizofrenia Hebefrénica.

Es la forma de inicio más precoz, en la pubertad (hebe: joven) y fue descrita por primera vez por el psiquiatra francés Morel (Ferrari, 1997).

El comienzo suele ser también insidioso.

Sus manifestaciones prodrómicas pueden asumir formas pseudoneuróticas, crisis de originalidad adolescente.

Son frecuentes los comienzos asociados al consumo de alcohol o drogas; a menudo el paciente presenta depresión e intentos de suicidio (Ferrari, 1997; Dally, 1984).

Sus principales características son el lenguaje desorganizado (el lenguaje suele ir acompañado de tonterías, bromas pueriles y accesos de vacías e inmotivadas risas que no tiene conexión con el contenido del discurso), el comportamiento desorganizado (p. ej. la falta de orientación hacia un objetivo puede provocar un déficit en la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana) y la afectividad aplanada o inapropiada.



Progresivamente pierden la capacidad de planificar y prever el futuro, esta situación provoca que lleven una vida errante y sin finalidad alguna (DSM-IV, 1995; Vallejo Ruiloba, 2000).

Las muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento son características asociadas a esta forma clínica. Por lo general hay ideas delirantes y alucinaciones; el delirio suele ser pobre y poco productivo.

Se trata de un cuadro grave, de mal pronóstico (Ferrari, 1997; Dally, 1984; Vidal Alarcón, 1986).

Esquizofrenia Paranoide.

Su comienzo es más tardío que las otras formas, por lo general después de los 30 años.

Su característica principal es el predominio de la producción delirante y la escasez de síntomas negativos, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución (la realidad es deformada en un sentido autoreferencial: al enfermo le "ponen" o le "hacen" cosas, recibe mensajes a través de la radio, de revistas, etc.) y de grandeza, sin embargo pueden presentarse ideas delirantes con otras temáticas como los celos, religiosidad o somatización.

Es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante y que esta última, predisponga al sujeto al comportamiento suicida.

La combinación de ideas delirantes y de grandeza puede provocar reacciones de ira que incitan a la violencia (DSM-IV, 1995; Ferrari, 1997).

Los pacientes paranoicos suelen mostrar una actividad suspicaz, evasiva y a veces antagonista y desafiante (Vidal Alarcón, 1986).

Los neurolépticos se convierten en agentes farmacológicos más activos que en otras formas clínicas, por el predominio de sintomatología positiva dando lugar a un mayor empleo (Vallejo Ruiloba, 2000).

Ciertos autores sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente más favorable.



Esquizofrenia Catatónica.

Es una forma clínica relativamente infrecuente que tiene como característica principal una marcada alteración psicomotora.

Comprende dos variedades fundamentales: la retardada y la agitada.

En la primera, el paciente se muestra lento, apático llegando a veces a la inmovilidad, al mutismo. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Puede haber negativismo extremo en el cual se observa una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se le den.

Son frecuentes los movimientos y acciones estereotipadas y los bloqueos; las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas.

En la variedad agitada de la catatonía, hay un aumento excesivo de la actividad motora que carece de propósito. A veces el paciente se torna indiscriminadamente destructivo exhibiendo verdaderas crisis de furor y violencia.

Durante el estupor o la agitación catatónica grave, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas.

Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento e hiperpirexia.

Es un cuadro de extrema gravedad (DSM-IV, 1995; Vidal Alarcón, 1986).

Esquizofrenia de tipo Residual.

Debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos.

Hay manifestaciones continuas de la alteración, como indica la presencia de síntomas negativos (afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia), o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej. comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras).

En el caso de existir ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte.



El curso de tipo residual puede ser muy limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y una remisión completa.

No obstante, también puede persistir durante años, con o sin exacerbaciones agudas (DSM-IV, 1995).

Esquizofrenia de tipo Indiferenciado.

La característica esencial de este tipo de esquizofrenia es la presencia de síntomas como el lenguaje desorganizado, comportamientos desorganizados, afectividad aplanada o inapropiada. Pero no cumple los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico (DSM-IV, 1995).

2.6.3 Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico en la esquizofrenia puede ser inestable; alrededor del 30-40% de los diagnósticos son cambiados en varios meses. En la esquizofrenia las características pronósticas tales como la declinación en el funcionamiento psicosocial y el curso prolongado forman parte de la definición confundiendo el proceso diagnóstico (Yung & McGorry, 1996).

En una gran mayoría de ocasiones los síntomas, por sí mismos, son altamente inespecíficos y pueden presentarse en muy variadas patologías.

La presencia de síntomas esquizofrénicos en otras patologías médicas y psiquiátricas exige establecer criterios que permitan realizar un diagnóstico diferencial, es decir, excluir otras enfermedades para poder determinar el diagnóstico de esquizofrenia (Bousoño et al., 2005).

El DSM-IV (1995) plantea que hay que diferenciar a la esquizofrenia de los *trastornos psicóticos debido a enfermedad médica, del delirium o demencia* ya que en estos casos hay pruebas que indican que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (p. ej. tumor cerebral). El trastorno psicótico, el delirium y la demencia persistente inducida por sustancias se distinguen de la esquizofrenia por el hecho de que una sustancia (drogas de abuso), es la que está asociada etiológicamente a los delirios y alucinaciones.



A diferencia de la esquizofrenia en los *trastornos de personalidad esquizotípico, esquizoide y borderline* los síntomas son leves y han estado presente durante toda la vida del paciente, no existiendo una fecha de inicio de la enfermedad, ni identificándose una ruptura biográfica (Vallejo Ruiloba, 2000).

La esquizofrenia difiere del *trastorno esquizofreniforme* por su duración; en este último los síntomas deben tener una duración superior a un mes y de menos de seis meses. También exige que no haya un deterioro de la actividad.

Los trastornos del ánimo y la esquizofrenia a veces son indistinguibles en su curso al principio.

En el *trastorno esquizoafectivo* debe producirse un episodio de alteración anímica en concurrencia con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia; los síntomas afectivos deben presentarse durante gran parte de la alteración, y las ideas delirantes y alucinaciones deben estar presentes durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos claros.

También hay que tener en cuenta que la presencia de sintomatología depresiva en la esquizofrenia, se confunde con un *cuadro depresivo no especificado*.

El diagnóstico diferencial con la *paranoia* se establece por una edad de inicio inferior en la esquizofrenia y por la personalidad premórbida. Otro aspecto diferenciador importante, es la falta de ruptura biográfica del paciente paranoico.

También es posible realizar un diagnóstico adicional de *trastorno bipolar* cuando existen síntomas afectivos que cumplen los criterios para un episodio de alteración anímica superpuesto a la esquizofrenia.

La esquizofrenia y los *trastornos generalizados del desarrollo* (p. ej. trastorno autista) comparten algunas alteraciones como ser la del lenguaje, la afectividad, el contacto impersonal, sin embargo existen diferencias notorias.

Los trastornos del desarrollo se detectan durante la niñez o la primera infancia, mientras que en la esquizofrenia es muy raro el inicio temprano, y por ende su diagnóstico (DSM-IV, 1995; Vallejo Ruiloba, 2000).



2.6.4 Espectro de la esquizofrenia.

El “espectro” es una agrupación sindrómica con marcadores comunes.

El concepto de espectro conlleva las nociones de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre lo normal y lo patológico. Se pueden diferenciar espectros con etiología común que responden a tratamientos específicos y diferenciados.

En los últimos años se han destacado las similitudes entre la esquizofrenia y otros trastornos, se ha propuesto que comparten algunas alteraciones biológicas y determinados síntomas psicóticos que poseen una variedad de características adicionales y distintos resultados. Este hecho justificaría la aceptación de un espectro esquizofrénico (Mendlewicz, 1992; Vallejo Ruiloba, 2000, McGorry & Singh, 1995).

2.7 Tratamiento.

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global con una amplia variedad de recursos asistenciales; cualquier aproximación que intente mejorar los síntomas de la enfermedad, la situación del enfermo, su calidad de vida y la de su familia, pasa por una triple vía: la *terapia farmacológica*, que actúa sobre el desequilibrio bioquímico; la *orientación a la familia*, que intenta reducir la tensión y el estrés; y la *rehabilitación psicosocial*, que procura situar al paciente en la vida cotidiana (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Ninguno de estos aspectos por sí solo constituye una respuesta terapéutica suficiente y excluyente. La prescripción de medicación antipsicótica es el acto terapéutico básico y principal, pero debe ser seguido de la atención a los problemas psicológicos (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005).

2.7.1 Terapia Farmacológica.

Es la principal forma de tratar la enfermedad y suele mantenerse a lo largo de toda su evolución para evitar recidivas y el deterioro.



El tratamiento farmacológico actúa sobre el exceso de ciertos neurotransmisores en el cerebro. Los medicamentos más usados para tratar la esquizofrenia son los *neurolépticos*, también conocidos como *antipsicóticos*.

Se considera que los neurolépticos actúan bloqueando los receptores DII de la dopamina en el sistema límbico (Ballus Creus & García Franco, 2000; Stahl, 1998).

Los agentes para tratar la esquizofrenia han sido divididos en tres grupos:

- ❖ Neurolépticos convencionales.
- ❖ Neurolépticos atípicos.
- ❖ Neurolépticos depot o depósito, de efecto prolongado.

Los neurolépticos convencionales o típicos han demostrado ser útiles para reducir, y en ocasiones eliminar, síntomas como el desorden del pensamiento, las alucinaciones y también pueden mitigar síntomas concomitantes como la agitación, la impulsividad y la agresividad. Sin embargo, parecen menos eficaces para reducir síntomas como la apatía y el retraimiento social (O.M.S., 2001).

Estos fármacos están ordenados de más sedantes a más incisivos. Se entiende por sedantes a los medicamentos que tienen un efecto tranquilizante a causa de sus propiedades α -adrenolíticas y antihistamínicas. Ejercen al menos cuatro acciones: bloqueo de los receptores dopaminérgicos DII; bloqueo de los receptores muscarínicos (M1); bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos (Alfa1) y bloqueo de los receptores de la histamina (Stahl, 1998).

Los fármacos incisivos son los que tienen un efecto más directo sobre los síntomas psicóticos, en especial sobre los síntomas positivos.

Todos los agentes típicos son capaces de provocar reacciones extrapiramidales (REP) y discinesia tardía; ejercen acciones sobre tres receptores de neurotransmisores, las propiedades antihistamínicas (ganancia de peso), propiedades bloqueantes alfa adrenérgicas (efectos secundarios cardiovasculares) y propiedades bloqueantes de los receptores colinérgicos (sequedad de la boca, visión borrosa y estreñimiento) (Stahl, 1998).



Con el fin de producir una mejora en el perfil de los efectos secundarios, los investigadores han tratado de encontrar agentes más selectivos para los receptores dopaminérgicos.

Los neurolépticos atípicos parecen tener menos facilidad para producir efectos secundarios extrapiramidales y son más selectivos para los receptores dopaminérgicos de la vía mesolímbica que para los de la vía nigroestriatal. Intentan tratar también los síntomas negativos de la enfermedad, actuando como estimulantes de la iniciativa y de las funciones sociales.

La *clozapina* es uno de los fármacos atípicos más complicados en psicofarmacología. Hasta la actualidad se conoce que tiene interacciones con al menos nueve receptores de neurotransmisores.

Es un neuroléptico atípico que apenas tiene efectos secundarios extrapiramidales y tampoco parece causar discinesia tardía. Sin embargo, pueden causar una toxicidad potencialmente letal en la médula ósea, conocida como agranulocitosis. Este efecto adverso puede revertirse cambiando la estructura química del fármaco, pero no sus propiedades farmacológicas.

Los agentes antagonistas serotoninérgico-dopaminérgicos (ASD) como la risperidona, la olanzapina, la ciperidona, entre otros, pueden producir un perfil farmacológico que incrementa la eficacia de los neurolépticos en los síntomas negativos de la esquizofrenia, o mejora el perfil de sus efectos secundarios, reduciendo las reacciones extrapiramidales (Stahl, 1998; Vallejo Ruiloba, 2000).

Los neurolépticos llamados depot o depósito, poseen efecto prolongado.

Son antipsicóticos parecidos a los clásicos, pero que están asociados a una molécula de lípido (grasa), de forma que a medida que este se va disolviendo, el neuroléptico se libera por sangre.

La principal ventaja que presenta, es que solo se precisa una dosis cada dos a cuatro semanas y es por consiguiente más cómodo de administrar (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Las clases más importantes de fármacos utilizados son las fenotiazinas, como la clorpromazina que es elegida en pacientes con agitación psicomotriz, las butirofenomas (p. ej. el haloperidol, que resulta más adecuado en casos con inhibición y graves trastornos del pensamiento), difenilbutilpiperidinas (p. ej. la



pimozida), tioxantenos (p.ej. el flupentixol), benzamidas (p. ej. la sulpirida) y la clozapina y la piquindona (O.M.S., 1991).

Hasta la actualidad el número y variedad de neurolépticos ha aumentado notablemente. Los más habituales son:

Nombre Genérico	Nombre Comercial
Levomepromacina	Singan / Levopromfr
Tioridacina	Meleril
Properiacina	Nemactil
Clorpromazina	Largactil / Thorazine
Reserpina	Serpasol
Clotiapina	Etumina
Flupentixol	Fluanxol
Trifluopromacina	Siquil
Tiotixeno	Navane
Pimocide	Orap
Sulpiride	Dogmatil
Perfenacina	Decentan
Haloperidol	Haloperidol / Haldol
Trifluoperacina	Askazine / Stelazine
Trifluperidol	Risperidol
Tiopropiracina	Maieptil
Neurolépticos Atípicos	
Risperidona	Risperdal
Clozapina	Leponex
Olanzapina	Zyprexa
Sertindol	Serdolect
Ziprasidona	Zeldox
Molindona	Movan / Lidone
Amisulpiride	Solian
Neuroléptico Depot Inyectable o Retardados	
Flufenacina	Modecate / Siquiline
Pipotiacina	Lonseren / Piportil
Zuclopentixol	Cisordinol / Clopixol

Adaptado de Ballus Creus y García Franco (2000).



- ¿Cómo selecciona el médico los medicamentos y las dosis que le administra al paciente?

Ballus Creus y García Franco (2000), consideran que el psiquiatra elegirá el antipsicótico en función de varios factores.

En primer lugar el médico tendrá presente la sedación que necesite el paciente. Si la persona está agitada o muy excitada va a necesitar más sedación que si se encuentra inhibido.

También deberá tener en cuenta los efectos secundarios que la medicación le produzca.

En tercer lugar, la elección de la medicación se hará en función de la cooperación del paciente. Si este coopera es posible solicitarle que soporte durante algunas horas ciertos efectos secundarios en pro de una mejoría; en caso de que el paciente sea reticente a tomar la medicación, habrá que plantearse la posibilidad de la administración de medicación depot.

Finalmente, tras observar estos tres puntos se tendrá en cuenta la respuesta terapéutica.

No debe olvidarse que cada medicamento actúa sobre cada persona de una forma potencialmente distinta; por este motivo es necesaria la individualización del tratamiento farmacológico para cada paciente, procurando conseguir la dosis suficiente que permita una mejoría de los síntomas, una gradual reorganización cognitiva y evitar las recaídas (Vallejo Ruiloba, 2000).

Las principales desventajas de los fármacos antipsicóticos son los efectos secundarios observados, que afectan el movimiento, las funciones nerviosas autónomas, la hematopoyesis y otras funciones vitales.

La lista de los efectos secundarios es bastante larga y aunque no revisten gravedad pueden llegar a ser muy molestos.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Somnolencia.
- Estreñimiento
- Sequedad de boca
- Mareos
- Aumento de apetito



- Sensibilidad a la luz del sol
- Rigidez muscular
- Vista nublada
- Temblores
- Intranquilidad
- Espasmos musculares
- Disminución del impulso sexual
- Discinesia tardía

La discinesia tardía es uno de los efectos más discapacitante y desfigurante que produce la medicación antipsicótica; implica movimientos rítmicos e involuntarios anormales, los cuales fluctúan entre movimientos sinuosos mínimos de los labios y la incapacidad motriz que dificulta respirar y tragar, es generalmente irreversible y se presenta con más frecuencia en las mujeres (O.M.S. eval. Met., 1991).

La mayoría de los efectos secundarios, en especial los musculares, pueden ser controlados o aminorados mediante la administración de la medicación correcta.

Con frecuencia se utiliza el Biperideno / Akineton, Akineton Retard y Trihexifenidilo / Artane, los cuales consisten en medicación que sirve para el tratamiento de los efectos secundarios de tipo parkinsonianos.

- En relación a la medicación antipsicótica existe una pregunta que es muy importante plantear para conocer sus verdaderos efectos: ¿Cómo actúa la medicación?

Es fundamental asumir que la medicación *NO CURA*, sino que trata de restablecer los efectos del desequilibrio bioquímico del cerebro.

Sin embargo, es indispensable para conseguir la disminución o desaparición de los delirios y alucinaciones, y para evitar la recaída en la enfermedad.



La aparición de los neurolépticos atípicos posibilita que también la medicación anime al paciente, operando en cierta forma como si fueran antidepresivos.

Se debe tener presente que la medicación tiene una importancia básica en el tratamiento de la esquizofrenia ya que reduce los índices de recaídas, sin embargo no garantizan que éstas no vuelvan a presentarse.

El índice de recaídas al año de dejar de tomar la medicación es del 70%, frente al 30% de los pacientes que prosiguen tomándola en el mismo período de tiempo; estos porcentajes varían en función del tipo de paciente y de la fase de la enfermedad en que se encuentra.

Es básico que el paciente sepa que tomar la medicación de forma regular es el modo más eficaz de evitar recaídas y las rehospitalizaciones.

También se ha comprobado que si además de tomar la medicación los familiares asisten a sesiones para su orientación y asesoramiento, el índice disminuye de forma considerable hasta el 12,5% y en ocasiones hasta el 7% (Ballus Creus & García Franco, 2000; Anderson et al., 1986).

2.7.2 Tratamiento Psicosocial.

La esquizofrenia afecta en muchos aspectos la vida social del paciente, sus recursos para resolver problemas de la vida cotidiana, sus posibilidades para encontrar un trabajo, etc.

Por estas razones, es básico ayudar a la persona a encontrar nuevas vías de desarrollo personal para reducir a corto plazo el menoscabo de las habilidades, para restablecer relaciones personales y para prevenir discapacidades.

Pero el tratamiento o rehabilitación social es útil y provechoso en tanto la sintomatología positiva no interfiera en forma significativa con el funcionamiento de la persona. La mejor forma de obtener este resultado es a través de la terapia farmacológica (O.M.S., 1991; Ballus Creus & García Franco, 2000).

Ballus Creus & García Franco (2000), definen a la rehabilitación como “la programación de medidas encaminadas a la recuperación de habilidades generales y específicas que había antes de la enfermedad”, sin embargo,



aclaran que “un buen programa de rehabilitación tiene su objetivo en la promoción global de las habilidades y los recursos de la persona”.

La O.M.S. (2001) define a la rehabilitación psicosocial como “un proceso que brinda la posibilidad de que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por un trastorno mental, alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad que supone mejorar las competencias individuales y a la vez introducir cambios en el entorno”.

La tratamiento psicosocial para personas esquizofrénicas abarca diversas medidas, que van desde la prevención de recaídas, la recuperación de capacidades o habilidades perdidas con el curso de la enfermedad, pasando por la mejora en la competencia social, la reinserción laboral, crear redes de apoyo social, hasta el apoyo familiar.

Para obtener estos objetivos se implementan diferentes tipos de actividades terapéuticas, entre las que se pueden mencionar:

- ❖ Grupos
- ❖ Orientación individual
- ❖ Orientación y reinserción laboral
- ❖ Iniciativas comunitarias

Grupos.

Este tipo de trabajo puede hacerse en diferentes contextos asistenciales: ambulatorios, centros de rehabilitación o en centros de media y larga distancia.

El trabajo grupal es una herramienta que facilita el intercambio y el conocimiento entre personas que sufren o han sufrido situaciones similares; este tipo de interacción es muy enriquecedora pues permite compartir experiencias, establecer vínculos de amistad, analizar las habilidades concretas de los pacientes en situación real, aprender habilidades, etc.

Existen diferentes tipos de grupos: de socialización, de formación-información, grupos terapéuticos, de rehabilitación cognitiva, de apoyo, de autoayuda, entre otros (Ballus Creus & García Franco, 2000).



Orientación o Terapia Individual.

“La psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales” (O.M.S., 2001).

La psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos ni biológicos, va dirigida al enfoque directo de los problemas identificados por los pacientes.

Toda persona con dificultades necesita un espacio individual que le permita exponer sus problemas e inquietudes para obtener el apoyo y el consejo necesarios para resolver sus conflictos de forma privada y confidencial.

Esta orientación debe iniciarse precozmente, apenas el estado del paciente lo permita.

Es importante que el paciente disponga de un profesional que actúe como persona de referencia, ya que en muchos casos es básico para mantener el tratamiento.

Este papel de referente lo puede desempeñar un psicólogo que se haga cargo del caso o su propio psiquiatra. Debe procurar que la comunicación sea cada vez más fluida y que se cree un ambiente propicio para que la persona pueda hablar y restaurar su confianza, para aumentar progresivamente su desempeño hasta que funcione con su mayor capacidad posible sin sufrir un estrés agobiante.

Poseen gran valor todas las intervenciones individuales psicológicas, desde las que van dirigidas a los aspectos más clínicos (p. ej. manejo del síntoma), a las que se ocupan de aspectos más prácticos, sean sociales, laborales o académicos, teniendo siempre presente los problemas personales que aquejen a la persona (Ferrari, 1997; Vallejo Ruiloba, 2000; Ballus Creus & García Franco, 2000).

El *Tratamiento Cognitivo Conductual* aplicado a síntomas concretos o el entrenamiento en habilidades sociales, se presentan como estrategias muy prometedoras en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que pueden tener un impacto beneficioso sobre el curso del trastorno y la calidad de vida de estos



pacientes, contribuyendo notablemente a reducir las tasas de recaídas y de hospitalización (Vallejo Ruiloba, 2000; Bousoño, et. al., 2005).

Sin embargo, no debe ser aplicado en forma individual, sino formando parte de un tratamiento más amplio que incluya medicación antipsicótica. Es necesario que los pacientes reciban un control individual tanto de sus necesidades básicas como médicas, para integrar los distintos aspectos de su programa de tratamiento y asegurar la continuidad del cuidado a medio y largo plazo.

Las intervenciones cognitivo conductuales se encaminan a modificar las pautas de pensamiento y la conducta mediante la práctica de nuevas maneras de pensar y actuar (O.M.S., 2001), consisten en ayudar al paciente a reetiquetar, redescubrir o cambiar las creencias sobre la naturaleza de sus experiencias psicóticas. La experiencia subjetiva de la persona, tanto de la psicosis como de su entorno emocional, es el centro de atención (Bousoño, et. al., 2005).

Existe un amplio rango de estrategias aplicables a la esquizofrenia, aunque las más frecuentemente empleadas y que cuentan con apoyo empírico sobre su eficacia clínica son:

- Entrenamiento en habilidades sociales (EHS):

Tiene como objetivo rectificar la escasa competencia interpersonal que generalmente poseen estos pacientes, ya que los neurolepticos no la mejoran.

“Las habilidades sociales engloban una amplia gama de conductas que van desde las más simples o instrumentales, que son necesarias para vivir de forma independiente y que comprenden el autocuidado, la higiene, el desenvolvimiento con las tareas domésticas, el manejo y la administración del dinero, etc. a otras más complejas, que son requeridas para una adecuada percepción social y una comunicación efectiva con los demás” (Bousoño et al., 2005).

Se deben evaluar las habilidades no verbales, las características paralingüísticas, el equilibrio interactivo, el contenido verbal y las habilidades de percepción social.

Se suele emplear el role-playing para evaluarlas; se las puede llevar a cabo de forma individual o de forma grupal.



Los tratamientos dirigidos al entrenamiento y mejora de las habilidades sociales se dirigen a cuatro áreas fundamentales: habilidades para las actividades de la vida diaria (promover habilidades para desarrollar un máximo de autonomía en el ámbito donde se desenvuelve el paciente), habilidades sociales y resolución de problemas (se dirigen al desarrollo y fortalecimiento de las conductas sociales y a la reducción del estrés y de las dificultades que experimenta el esquizofrénico en su interacción social), habilidades para el manejo de la propia enfermedad y el uso de la medicación (proporciona información sobre la medicación antipsicótica, la importancia del cumplimiento de la misma, el reconocimiento de los efectos secundarios y de los primeros signos de recaída) y la percepción social (Bousoño et al., 2005).

Considerando que los objetivos y competencias de un individuo se desarrollan y cambian con el paso del tiempo, y que la mayoría de estos pacientes sufrirán estados que remiten y reaparecen de forma crónica, el EHS debería estar disponible de forma continua.

- Terapia Familiar Conductual:

Este tipo de terapia se aplica en forma conjunta al paciente y su familia, ya que su objetivo es la reducción del estrés en todos ellos y mejorar la capacidad de los familiares para vigilar el curso de la enfermedad.

Puede iniciarse en cualquier fase del trastorno, pero es óptimo comenzar poco después de una hospitalización, ya que es el momento en que todos están más motivados para reducir las futuras recaídas y mejorar el funcionamiento y autonomía del paciente. Consta de sesiones de una hora de duración, con contactos cada vez más espaciados a lo largo de seis a nueve meses.

Efectuar algunas sesiones en el hogar del paciente puede ser ventajoso ya que permite obtener información de su entorno.

La terapia se divide en cinco etapas secuenciales (evaluación, educación, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas, problemas específicos) que se repiten una serie de veces a lo largo de la terapia en función de las necesidades específicas de la familia.



- Habilidades de Afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales crónicos:

Los síntomas residuales se producen entre los episodios y están asociados a altos montos de malestar; los padecen del 25 al 40% de los pacientes a pesar del tratamiento farmacológico.

El aprendizaje de habilidades de afrontamiento mejora la autoeficacia de los pacientes y disminuye su malestar.

Orientación y reinserción laboral.

Existe una estrecha relación entre los trastornos mentales severos, entre ellos la esquizofrenia, y las tasas muy bajas de empleo. Las principales causas a las que se ha atribuido esta falta de ocupación han sido las alteraciones neuropsicológicas y sus déficits cognitivos, la sintomatología negativa, los efectos de los psicofármacos y los déficits de las habilidades sociales.

La orientación actual de los programas de rehabilitación laboral promueve la rápida inclusión del paciente en el contexto laboral real y el entrenamiento "in situ", con un apoyo posterior, y no limitado en el tiempo. Es necesaria la realización de planes a medida, entrenando las habilidades específicas y requiere la coordinación entre el equipo rehabilitador y el staff de los servicios que proporcionan empleo (Bousoño et al., 2005).

Iniciativas Comunitarias.

Ballus Creus & García Franco (2000) explican que el trabajo comunitario se realiza cuando se participa en actividades que tienen como objetivo la sociedad en general, tanto informando (educación de la opinión pública) como incluyendo a los enfermos y sus familias en proyectos que se inscriben en la realidad social, reduciendo el estigma e integrándolos en su comunidad.

Dentro de las llamadas iniciativas comunitarias se incluye la puesta en marcha de programas de residencias o pisos protegidos, donde los usuarios viven y disfrutan de la comunidad como cualquier otra persona, la creación de Centros Especiales de Trabajo, los Talleres Ocupacionales o Protegidos y los Programas de Seguimiento Individualizado.



- ¿Cuándo indican los médicos la hospitalización?

La tendencia general hoy en día es ordenar la internación el menor número posible de veces y en especial acortar lo más posible el tiempo de hospitalización.

Si bien la internación constituye un momento crítico, expresa en que medida el grupo familiar no solo acepta la enfermedad psíquica de uno de sus miembros, sino que está dispuesto a colaborar en el tratamiento del mismo (Bousoño et al., 2005).

Suele recomendarse hospitalización cuando:

- Hay que tener al paciente en observación de síntomas.
- Hay que establecer un diagnóstico y solo puede hacerse mediante una detenida exploración.
- Hay una falta de mejoría con el tratamiento.
- Hay evidencia de abandono personal; el paciente no cuida de su higiene, permanece aislado sin querer establecer contacto con sus familiares e incluso descuidando su alimentación.
- En casos de fatiga familiar.
- Cuando el paciente está atravesando un episodio psicótico y no puede ser tratado en su domicilio por el estado de agitación que presenta.
- Cuando resulta peligroso para sí mismo o los demás (agresiones a otras personas o a sí mismo, intentos de suicidio, automutilaciones, etc.) (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Con frecuencia los familiares amenazan al paciente con el ingreso a un hospital con el fin de atemorizarlos y conseguir que los mismos accedan a sus peticiones. Esta práctica es desaconsejada ya que al presentar el ingreso como un castigo se está creando resistencias de parte del paciente y un grave problema que limitará las posibilidades de tratamiento, cuando este hecho es necesario.



2.7.3 Orientación a la Familia.

Los grupos psicoeducativos orientados a la familia, tienen como objetivo básico informarle sobre el alcance de la enfermedad, el tratamiento, la adecuación del comportamiento de la familia frente a situaciones puntuales del enfermo, procurando disminuir el impacto del estrés generado por el ambiente sobre los individuos con vulnerabilidad biológica, al tiempo que facilitan el funcionamiento social. Se trabaja con ellos a partir de la información que se les brinda, a medida que van adquiriendo conciencia de los problemas existentes.

Tiende a contener angustias, a esclarecer y cambiar conductas que interactúan patológicamente con el enfermo. De este modo los familiares se capacitan para detectar posibles recaídas y desarrollar nuevas estrategias para hacer frente a la situación, reduciendo de esta forma los niveles de estrés y retardando así las recaídas y los reingresos en el hospital.

En la actualidad se implementan programas de psicoeducación de la familia, que intentan situar a éstas en una posición cercana al polo terapéutico, procurando brindar información útil y clara sobre el trastorno y establecer una alianza terapéutica entre la familia y el equipo de salud mental. Se trabaja con el grupo familiar aislado o en reuniones de familias afectadas con el mismo problema, con coordinación de un terapeuta grupal (Vallejo Ruiloba, 2000; Ballus Creus & García Franco, 2000; Anderson et al., 1986; Bousoño et al., 2005).

2.7.3.1 Modelos Psicoeducativos.

Cuando una persona contrae esquizofrenia, provoca un impacto en todos los miembros de su familia. Estos ven como un ser querido desarrolla ideas y preocupaciones extrañas, se angustia y agita cada vez más, adopta rituales o sistemas de creencias insólitos. Los integrantes de la familia suelen sentirse asustados ante los comportamientos inexplicables que el enfermo ha comenzado a manifestar, a menudo la desesperación y la angustia que sienten en esos momentos se complican con el temor de que hayan contribuido a causar los problemas que padece de la persona.



A partir de estas consideraciones se pone en escena el rol fundamental de la familia cuando posee un miembro esquizofrénico. En este contexto surgen estudios controlados de terapia psicoeducacional de la esquizofrenia.

Las orientaciones de tipo familiar intentan conseguir que la familia aprenda a colaborar en la evolución, recuperación y rehabilitación del paciente.

Para que esto sea posible la misma debe estar preparada e informada para lograr que la convivencia y la relación sean adecuadas.

De este convencimiento nacieron los Programas de Psicoeducación de la Familia, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Modelo de Terapia de Familia en Crisis de Michael Goldstein.
- Modelo de Solución de Problemas de Falloon.
- Paquete de Intervenciones Psicosociales de Julián Leff.
- Modelo Psicoeducativo de Carol Anderson.

Modelo de Terapia de Familia en Crisis.

Es considerado el modelo pionero entre los programas de orientación a familias.

Fue puesto en marcha por Michael Goldstein, en el año 1978 en la Universidad de California, en los Ángeles, Estados Unidos.

Dicho programa ofrece estrategias a la familia para evitar o hacer frente a la tensión, una vez que la misma ha entendido cuál es la situación del paciente y cómo se producen sus recaídas. Intenta modificar la interacción o relación estresante entre el paciente y el familiar con el que la relación es problemática, buscando un mediador entre ambos.

Esta terapia trata sobre todo que la familia y el paciente acepten que éste sufre psicosis, de este modo las sesiones se realizan conjuntamente en grupos multifamiliares en el hospital.

Su aplicación intenta prevenir recaídas, de allí que suele aplicarse entre las seis semanas y los seis meses posteriores al alta (Ballus Creus & García Franco, 2000).



Modelo de Solución de Problemas.

Este programa fue puesto en marcha por Falloon entre los años 1981 y 1982, en la Universidad de Southern, California.

Se centra fundamentalmente en desligar a la familia de las causas de la enfermedad, desculpabilizándola. Se trabaja mucho con el papel que posee la familia para evitar las recaídas.

Deposita su mirada en los procesos anómalos en la familia y en la relación de ésta con el paciente (desacuerdos matrimoniales, padres sobreprotectores o intrusivos, etc.).

Trabaja también con los niveles de tensión en la familia, intentando disminuir la emoción expresada.

Este programa tiene un acento más conductual en el tipo de tratamiento que ofrece a la familia, ya que se utiliza el entrenamiento en habilidades comunicacionales, en la resolución alternativa de problemas, en la expresión de sentimientos en positivo, expresar sentimientos negativos, comunicar la información con claridad, realizar una escucha atenta y activa, y mejorar las habilidades sociales.

Posee una duración de quince semanas; se aplica durante veinticinco sesiones de dos horas cada una, dos veces a la semana con tres familias y sus respectivos pacientes (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Paquete de Intervenciones Psicosociales.

Este programa fue desarrollado en Inglaterra por Julián Leff, en el Instituto de Psiquiatría de Londres y luego fue replicado en otros países, principalmente en Estados Unidos.

Su característica principal es trabajar para reducir la emoción expresada en las familias de pacientes esquizofrénicos. Apoya la toma de medicación e incorpora la terapia de grupo para familiares, brindando información sobre la enfermedad. Esta terapia tiene lugar en el hogar del paciente, sin su participación en las primeras sesiones.

Luego se realizan las reuniones con el grupo de familias en el hospital, con el objetivo de que las familias de alta emoción expresada aprendan las actitudes y recursos de las de baja emoción expresada. En esta etapa se



intenta propiciar apoyo activo al paciente para que pueda afrontar la sensación de aislamiento y favorecer la descarga de emociones de los familiares para que no recaigan sobre el.

El programa desarrollado en base a la investigación sobre la emoción expresada de los familiares, comienza con la educación sobre la esquizofrenia para pacientes y sus familias.

Todos los familiares que comparten el hogar con el paciente deben ser entrevistados para determinar el nivel de emoción expresada que poseen; a todos los convivientes con elevado nivel de emoción expresada se les ofrece ayuda.

Las sesiones comienzan mientras el paciente permanece aún realizando el tratamiento en el hospital. A los familiares se les enseña acerca de las causas, síntomas, curso, tratamiento y el manejo de la esquizofrenia; la información se lee de un folleto que es escrito en lenguaje simple y es dejado a los familiares para que lo lean en sus momentos libres. Se les brinda el tiempo que sea necesario para realizar preguntas y quitarse de este modo las dudas que los aquejan respecto a la enfermedad.

Luego del programa de educación se incluye al paciente en las sesiones familiares en el hogar. Las mismas corren paralelamente con grupos de familias y pretenden mejorar la comunicación, enseñar habilidades para la resolución de problemas, minimizar el criticismo y la sobreinvolucración, expandir las redes sociales y graduar las expectativas. El trabajo individual con el paciente incluye entrenamiento de habilidades sociales, administración de la ansiedad y una aproximación cognitiva hacia los síntomas psicóticos persistentes (Leff, 1997; Ballus Creus & García Franco, 2000).

Modelo Psicoeducativo.

El cuarto programa fue desarrollado por Carol Anderson en la Universidad de Pittsburg, Estados Unidos.

Sus objetivos principales son el tratamiento global de la familia, el tratamiento de la emoción expresada, sus consecuencias y los patrones anómalos de interacción entre los miembros de la familia.



Intenta suavizar el clima emocional de la familia, disminuir la estimulación del paciente para contrarrestar los síntomas negativos. Una de sus características principales es brindar información sobre la enfermedad.

Este modelo fue el primero en plantear una intervención en forma de taller educativo, que recibe el nombre de “Habilidades de supervivencia” (Ballus Creus & García Franco, 2000).

En una primera etapa, la tarea es elaborar una relación de trabajo entre el clínico y todos los miembros de la familia, incluido el paciente. Se realizan sesiones con la finalidad de revisar el curso de la enfermedad, su tratamiento y en evaluar el impacto que ha provocado en la vida de los integrantes de la familia.

El clínico desempeña el papel de representante de la familia ante el resto del sistema de tratamiento.

El taller de supervivencia psicoeducacional utiliza un plan de trabajo para un grupo familiar múltiple, en una sesión única de jornada completa, durante la cual se intenta compartir con las familias lo que se sabe o no acerca de la esquizofrenia.

La conexión con los familiares pone a su alcance información que les sirve de ayuda para reducir sus inquietudes acerca de haber sido ellos mismos los causantes de la enfermedad, creando expectativas más realistas. La información ayuda a los integrantes de la familia a adquirir una sensación de dominio sobre un proceso que a veces se presenta como caótico y en apariencia ingobernable (Anderson et al., 1986).

Emoción Expresada

Ballus Creus & García Franco (2000) sostienen que la emoción expresada es la “forma de reaccionar por parte de la gente, ante una persona que presenta un comportamiento conflictivo o complicado de aceptar, en todo caso un comportamiento con el que no es fácil convivir y que está directamente relacionado con la aparición y el mantenimiento de la tensión”.

Los antes mencionados aclaran que emplean el término “gente” ya que se trata de un fenómeno que no se limita necesariamente a los familiares, sino



que puede manifestarlo cualquiera que tenga relación con la persona que presenta ciertos comportamientos problemáticos.

Este concepto es considerado un “constructo” que podría definirse como un conjunto de características que ejercen un efecto determinado y que puede ser medido.

Este constructo fue propuesto en 1959 por el profesor G. Brown, investigador del Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad de Londres.

Esta línea de investigación fue continuada, desarrollada y ampliada por el profesor Julián Leff.

Brown investigaba las posibles causas de las recaídas de los enfermos con esquizofrenia. Pronto se dio cuenta que los pacientes que más recaían eran aquellos que regresaban al hogar paterno tras el alta del hospital.

Centro su trabajo en investigar los factores que propiciaban las recaídas; aisló un gran número de variables en especial aquellas relacionadas con las actitudes de los familiares como la intromisión de estos en la vida del enfermo.

Estas actitudes de intromisión eran especialmente de:

- a)- Censura, reproche, amonestación.
- b)- Oposición, pugna, desafección.
- c)- Excesiva defensa, cuidado injustificado, exceso de mimos.
- d)- Inmiscuirse, mezclarse o confundirse con el paciente, incluirse o considerar propios sus planes, curiosear en sus cosas y en su vida.
- e)- Incluirlo en planes propios y ajenos.

Todo este conjunto de actitudes y conductas dentro de un contexto de estrés o tensión, resultó ser el indicador más fiable de las recaídas. De este modo se fue perfilando lo que luego sería el constructo emoción expresada. A partir de aquí y según la intensidad y frecuencia de estas actitudes se definió la variable dicotómica emoción expresada alta o baja.

Finalmente se operativizó el constructo “emoción expresada” en torno a los siguientes elementos:

- ❖ Comentarios críticos
- ❖ Hostilidad
- ❖ Sobreinvolucración emocional



Criticismo: se entiende por expresiones que por la manera en que son manifestadas, constituyen actitudes desfavorables hacia la conducta o personalidad de la persona que padece esquizofrenia.

Constituyen actitudes de censura, reproche, comentarios peyorativos que se dirigen generalmente hacia los síntomas negativos de la esquizofrenia, considerando los familiares que el paciente es deliberadamente perezoso o egoísta. Los comentarios críticos son evaluados a partir del contenido y por su aspecto vocal (tono de voz, velocidad, grado).

Hostilidad: es definida como una actitud general de rechazo, repudio, oposición, enfrentamiento, agresión física y en especial un generalizado criticismo, donde la persona es criticada por lo que son antes que por lo que ellos hacen.

Sobreinvolucración emocional: implica respuestas emocionales exageradas (llanto, depresión, dramatización), conductas devotas, sobreprotección, sobreinvolucración (inclusión del hijo en los asuntos de los padres por parte de estos).

Es importante reconocer que este tipo de relaciones son simétricas ya que el paciente refleja la ansiedad del familiar y el familiar refleja la dependencia del paciente (Ballus Creus & García Franco, 2000; Leff, 1997).

Es posible pensar que la pérdida de la salud mental de un familiar y con ella su ritmo de vida, conlleva un arduo proceso de duelo. Tanto la persona afectada como su familia y amigos deberán superar y adaptarse a esta nueva situación.

Sin embargo, el hecho de que un ser querido muy cercano, un hijo, un padre, un hermano sea portador de esquizofrenia complica en cierta medida la elaboración del duelo.

De a poco, el individuo ve deteriorada su capacidad de relacionarse con los otros, de seleccionar adecuadamente aspectos del ambiente, se distrae fácilmente, los sonidos se tornan más intensos y se convence de cosas que los demás consideran inexactas; la familia se siente abrumada por todos los cambios que van sucediendo.



Bajo estas condiciones, con un enfermo mostrando su malestar y sufrimiento, con una familia intentando elaborar el duelo, es lógico esperar que la tensión aumente.

Si se ha comprobado que cuando la tensión en el hogar es alta, los pacientes tienen mayor probabilidad de recaer que cuando se mantiene baja, es fácil suponer que en este ambiente familiar el sujeto está expuesto a un riesgo de recaída extremadamente alto.

La enfermedad induce a la familia a manifestar una serie de conductas que en casos de tensión alta, pueden convertirse en problemáticas. El hogar puede llegar a ser un campo de batalla, en el cual las discusiones, peleas y exigencias están a la orden del día.

Bajo este contexto es aconsejable que la familia acuda a un grupo de profesionales que le ayuden a solucionar los conflictos, reduciendo de este modo los altos niveles de tensión y evitando posibles recaídas.



3.1 Introducción.

Para todos los individuos la salud mental y la salud física son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. Desgraciadamente en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental la misma importancia que a la salud física, por el contrario han sido objeto de indiferencia.

La OMS (2001), ha reconocido que en la actualidad aproximadamente 400 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, sin embargo una pequeña minoría recibe tratamiento. El presupuesto para la salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud; mas del 40% de los países no disponen de una política de salud y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella.

La esquizofrenia representa históricamente el paradigma de la locura; producto de su gran frecuencia en sus conspicuas manifestaciones sociales, exige una atención inevitable por parte de los dispositivos de salud.

Una grave patología de inicio precoz y curso crónico, implica un alto coste social, laboral, económico y familiar. Las consecuencias sociales de los trastornos mentales para los pacientes y sus familias pueden ser entre otras el desempleo, la destrucción de las redes sociales, la estigmatización, la discriminación y una menor calidad de vida.

Su impacto económico es amplio, duradero y de gran magnitud. Entre los componentes de la carga económica se encuentran las necesidades de servicio de asistencia sanitaria y social, la pérdida del empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores y la mortalidad prematura.

La salud mental recibe la influencia de factores macroeconómicos como la pobreza, la educación, la urbanización entre otros. De ahí que se deben formular las políticas en materia de empleo, economía, educación, vivienda, asistencia social y justicia penal de modo tal que se fomente la salud mental.

Las intervenciones eficaces contra las enfermedades mentales tropieza con numerosas dificultades (ver tabla E). Los obstáculos específicos del sistema sanitario varían de un país a otro; pero existen algunas características



comunes relacionadas con la falta de servicios de salud mental, la escasa calidad del tratamiento y los servicios, y diversos aspectos del acceso y la equidad.

Tabla E: Obstáculos a la aplicación de intervenciones eficaces contra las enfermedades mentales.

Políticas	Sistemas de Salud
<ul style="list-style-type: none"> - Magnitud del problema desproporcionada frente al limitado presupuesto para salud mental. - Políticas de salud mental inadecuadas o inexistentes. - Legislación de salud mental inadecuada o inexistente. - Seguro de enfermedad discriminatorio de las personas con trastornos mentales y conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estigmatización, malas condiciones de hospitalización, violaciones de los derechos humanos y costos elevados. - Tratamiento y atención inadecuados. - Falta de sensibilización, actitudes, formación y supervisión respecto de la salud mental. - Infraestructura deficiente. - Falta de servicios, recursos insuficientes. - Falta de especialistas y de personal sanitario general con los conocimientos y aptitudes necesarios para manejar los trastornos en todos los niveles de asistencia. - Suministro y distribución insuficiente de medicamentos psicotrópicos en todos los niveles de la asistencia. - Mala coordinación entre los servicios, incluidos los de sectores no sanitarios.

Adaptado de la O.M.S (2001).

Como se mencionó con anterioridad, el costo económico de los trastornos mentales y de la esquizofrenia en particular, es muy alto; en muchos países se están adoptando reformas de la financiación de la salud, encaminadas a contener los costos, introduciendo un sistema que determine el pago conforme a los medios de que dispongan los pacientes para que todos puedan acceder a los servicios de salud mental (O.M.S, 2001).



En países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Australia, Inglaterra entre otros, existe un pujante movimiento de promoción de la salud mental, los cuales promueven programas y estrategias de intervención temprana (prevención secundaria).

Estas estrategias de intervención temprana se dirigen fundamentalmente a dos áreas:

- Área de Intervención Clínica, en la cual las estrategias de intervención temprana de los Programas de salud mental se llevan a cabo en Hospitales, Neuropsiquiátricos, Clínicas y Centros de Salud (Bousoño et al., 2005).
- Área de Intervención Comunitaria, la cual consiste en las estrategias de los programas de salud mental pública aplicada en los ámbitos locales de la comunidad, con el objetivo de dotar de una preparación anticipada a los profesionales de la salud mental, personas y grupos de la comunidad en actividades integradas y planificadas (Costa & López, 1986).

Estos países reconocen que los costos sociales son enormes y difíciles de calcular, alrededor de un 75% de las personas con esquizofrenia grave son incapaces de trabajar y permanecerán desempleados, lo que implica una pérdida de productividad muy importante a sumar a los costes del tratamiento de por vida.

En Argentina al igual que en otros países en desarrollo, es de esperar que este movimiento surja con asistencia técnica y financiera de procedencia tanto pública como privada.

Actualmente, en nuestro país no existen Programas de intervención temprana en salud mental que implementen estrategias de prevención de la esquizofrenia.



3.2 Prevención.

Prevenir es la acción y el efecto de prever, es anticiparse, predecir, actuar antes, imposibilitar con medidas anticipatorias.

Se actúa preventivamente cuando se ponen en marcha acciones tendientes a evitar la enfermedad o detectar su evolución o impedir la aparición de complicaciones, secuelas evitando la muerte y prolongando la vida.

Según Sánchez Vidal (1996) un abordaje preventivo intenta promover la Salud Integral tomando en cuenta las distintas áreas (biológica, psicológica y social) y ámbitos que la determinan: individual, familiar, institucional y comunitario.

Se reconocen tres categorías clásicas o niveles de prevención, teniendo en cuenta las diferentes fases de la evolución de la enfermedad: prevención primaria (está orientada a las personas sanas y tiene como objetivo la promoción de la salud, limitando la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo), prevención secundaria (intenta reducir la prevalencia de un problema a través de la detección, diagnóstico temprano y el tratamiento rápido y eficaz para minimizar su duración o efectos disfuncionales futuros) y prevención terciaria (pretende minimizar los efectos y secuelas del problema y de las condiciones de su tratamiento o corrección, así como las posibles recaídas posteriores) (Sánchez Vidal, 1996; OMS, 1993).

Desde una perspectiva preventiva más novedosa y específica Bousoño et al. (2005) clasifica a las intervenciones en función de la exposición a factores de riesgo y de la población diana a la que vayan dirigidas dichas actuaciones entre: Prevención Universal, Prevención Selectiva y Prevención Indicada.

Prevención Universal.

Se refiere a las intervenciones dirigidas a la población general independientemente del grado de riesgo o susceptibilidad a padecer la enfermedad.

La identificación de una serie de factores de riesgo de esquizofrenia pre y perinatales, tales como complicaciones obstétricas, las infecciones virales, la



estación del año, el lugar de nacimiento y los déficit vitamínico permite que algunas medidas como el aporte vitamínico durante la gestación o las vacunaciones, reduzcan la aparición de anomalías congénitas en el nacimiento.

En el caso de la esquizofrenia cualquier medida que se adopte debería incidir durante el período de maduración del cerebro fetal, teniendo presente que se observaría su expresión durante la adolescencia o en la primer edad adulta.

La única estrategia potencialmente eficaz de prevención primaria hoy en día para reducir la incidencia de la esquizofrenia, es la mejora de la atención obstétrica, debido a que el riesgo de sufrir esquizofrenia y complicaciones obstétricas indican un riesgo relativo de 2.0 y 1.38 respectivamente, lo que equivale a reconocer casi el doble de riesgo de padecer la enfermedad si se han sufrido este tipo de problemas.

Prevención Selectiva.

Se dirige a subgrupos de población que presentan mayor susceptibilidad o riesgo de la enfermedad, pero que aún no la han desarrollado.

El problema con la esquizofrenia es que, más allá del hecho de detectar antecedentes familiares, la capacidad para determinar la predisposición a desarrollar esquizofrenia, es aún muy baja.

Prevención Indicada.

Es dirigida a aquellos individuos que comienzan a manifestar los primeros signos o síntomas iniciales de la enfermedad, sin que aún pueda establecerse un diagnóstico de acuerdo a los sistemas de clasificación y diagnósticos vigentes.

Serían aquellas intervenciones realizadas en las primeras fases de la esquizofrenia, cuando aún no se ha manifestado en su totalidad el síndrome psicótico.



3.3 Pródromo.

La esquizofrenia es una enfermedad que raramente comienza en forma aguda; generalmente su inicio es insidioso y va precedido de una serie de alteraciones subclínicas o síndromes prodrómicos como irritabilidad, cambios de humor, falta de concentración y pérdida de interés (Bousoño et al., 2005).

El término pródromo se deriva del latín *pródromus* y del griego *pródromos* que significa, precursor de un evento.

En medicina clínica un pródromo se refiere a los síntomas tempranos y señales de una enfermedad que precede las manifestaciones características de la enfermedad aguda, totalmente desarrollada (Yung & McGorry, 1996).

El pródromo en los desordenes psicóticos se define en forma similar.

Básicamente podríamos definirlo como aquellas manifestaciones clínicas, generalmente inespecíficas, que sobresalen del estado habitual del paciente y que preceden a la instauración de los síntomas psicóticos.

La definición usada por Loebel et al. (1992) es el intervalo de tiempo desde el inicio de los síntomas conductuales raros a la aparición de los síntomas psicóticos.

Yung & McGorry (1996) lo definen como un período de perturbación no psicótica en la experiencia o la conducta que precede el surgimiento de los síntomas psicóticos.

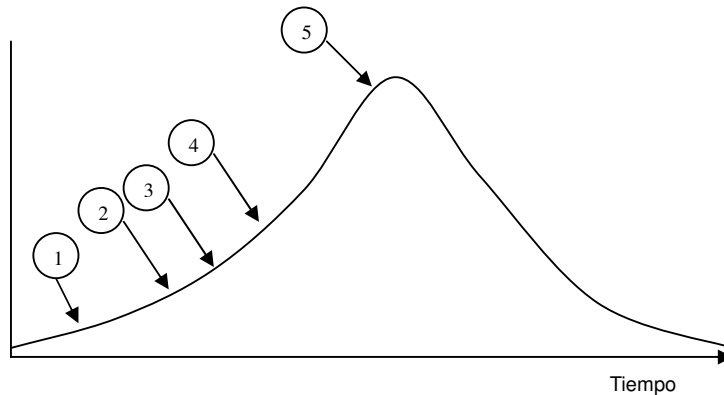
Estos autores sostiene que el concepto del pródromo puede ser considerado como:

- La primera forma de un trastorno psicótico.
- Un síndrome que confiere mayor vulnerabilidad a la psicosis, esto es, “un estado mental en riesgo” o “un estado precursor”.

Si de verdad el pródromo es una forma temprana del trastorno esquizofrénico, entonces sin intervención la esquizofrenia inevitablemente surgirá después de su aparición, aún si esto solamente puede ser definido retrospectivamente. Por otra parte, si el pródromo es un factor de riesgo para la esquizofrenia, entonces solamente una proporción de personas que experimentan una fase prodrómica, progresarán a un episodio psicótico (McGorry & Singh, 1995).

Yung & McGorry (1996), utilizan el término pródromo en lugar de pródromo inicial por ser mas largo. El pródromo inicial se define como el período de primeros síntomas psicóticos francos.

La figura 2 ilustra algunas de las dificultades en definir este período de tiempo con precisión.



El eje Y representa la severidad de los síntomas. El eje X muestra la balanza del tiempo. Las flechas indican los puntos de cambio notados por el paciente o por sus familiares y amigos.

Flecha 1: indica el punto en el que el paciente experimenta algún cambio, pero aún no son síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo: el paciente puede haber notado en él sentimientos depresivos vagos o inquietud.

Flecha 2: indica el punto en el que la familia del individuo o sus amigos notan algún cambio en su persona, pero no son cambios indicativos de esquizofrenia. Por ejemplo pueden haber notado al sujeto malhumorado, irritable, ansioso, etc.

Flecha 3: indica el punto en el que el individuo experimenta cambios que se describirían como esquizofrénicos. Por ejemplo el individuo comunica el hecho de haber oído voces o tenido la creencia de que objetos externos controlan su mente.

Flecha 4: indica el punto en el que la familia o los amigos del sujeto notan cambios que se atribuyen a la esquizofrenia. Por ejemplo el sujeto acusa a otros de leerle la mente o de perseguirlo.



Flecha 5: indica el punto de la primera intervención psiquiátrica, promueve una reducción de la severidad de los síntomas.

Debe quedar claro que ésta es una sucesión hipotética y es posible que en un individuo dado, los familiares puedan notar los cambios antes que el sujeto mismo (Yung & McGorry, 1996).

En este caso hipotético, podría definirse al pródromo como el periodo de tiempo entre la flecha 1 y la flecha 3, usando la información del paciente.

También podría definirse como el período de tiempo entre la flecha 2 y la flecha 4, cuando se utiliza la información brindada por los familiares y amigos.

En general los cambios ocurren gradualmente, y el período entre el nivel de funcionamiento normal y la primera manifestación de los síntomas prodrómicos, puede ser muy difícil de detectar con precisión por parte del paciente o de sus familiares.

Una de las problemáticas a la hora de determinar el inicio de la enfermedad es la dificultad de distinguir entre pródromos o cambios inespecíficos, respecto al funcionamiento premórbido que preceden a la enfermedad, y verdaderos síntomas psicóticos que marcan el inicio de la esquizofrenia.

La diversidad de acepciones hace que los resultados de los estudios sobre la duración del período prodrómico sean muy variados.

Bousoño et al. (2005) comunica que la falta de especificidad y la dificultad de diferenciación con posibles rasgos de personalidad premórbida, han hecho que desaparezca el listado de síntomas prodrómicos en las clasificaciones internacionales de clasificación y diagnóstico.



3.3.1 Conceptualizaciones actuales de pródromo desde los manuales estadísticos y diagnóstico de los trastornos mentales.

La literatura existente respecto a la esquizofrenia proviene de los años 60 -70.

El DSM-III R es el único manual que hace referencia a los síntomas prodrómicos.

Define a la fase prodrómica como un claro deterioro de la actividad antes de la fase activa, no debido a una alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo comprenda dos de los siguientes síntomas abajo señalados:

Síntomas prodrómicos

- Aislamiento o retraimiento social.
- Notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa.
- Conducta peculiar llamativa (por ej. hablar solo en público, coleccionar basura).
- Notable deterioro en el aseo e higiene personal.
- Afectividad embotada o inapropiada.
- Lenguaje disgregado, vago, reelaborado, detallado o pobreza del lenguaje o de su contenido.
- Ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ej. superstición, clarividencia, telepatía, sexto sentido.
- Experiencias perceptivas inhabituales; por ej. ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente.
- Notable falta de iniciativa, interés o energía (Breviario DSM-III R, 1990).

El DSM-IV en la actualidad omite los criterios prodrómicos específicos para la esquizofrenia.

Aunque el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) reconoce un período prodrómico como parte del síndrome esquizofrénico, sin embargo, no incluye los síntomas prodrómicos en su descripción de la esquizofrenia por su falta de especificidad y porque los mismos no pueden medirse fiablemente.



Así, un poco de confusión sobre la naturaleza y especificidad de los rasgos del pródromo, y sobre la fiabilidad de su medida, todavía existe (Yung & McGorry, 1996).

3.3.2 Características del pródromo.

Se está acumulando información acerca del pródromo, facilitando el cambio hacia un esquema prospectivo y métodos preventivos (Yung & McGorry, 1996).

Características prodrómicas en la esquizofrenia de primer episodio descriptas más comúnmente:

- ❖ Sospecha
- ❖ Depresión o ánimo deprimido
- ❖ Ansiedad
- ❖ Tensión
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Pensamientos, sentimientos y conductas extrañas.
- ❖ Concentración y atención reducidas.
- ❖ Cambios de ánimo.
- ❖ Perturbaciones del sueño.
- ❖ Pérdida del apetito.
- ❖ Reducción del impulso y la motivación.
- ❖ Dificultades en la memoria.
- ❖ Aislamiento y pérdida del interés en socializar.
- ❖ Deterioro del funcionamiento del rol.
- ❖ Humor negativo como actitud sostenida y prolongada.
- ❖ Oposición a la autoridad.
- ❖ Abuso de sustancias, alcohol o tabaquismo.
- ❖ Conductas sexuales inapropiadas.
- ❖ Creencias inusuales emergentes.
- ❖ Percepción de que las cosas que lo rodean han cambiado.
- ❖ Retraimiento.
- ❖ Declinación notable del rendimiento escolar.



- ❖ Fatiga excesiva.
- ❖ Indiferencia aparente.
- ❖ Reducción de actividades.
- ❖ Deterioro en la higiene personal.
- ❖ Excesiva preocupación por temas místicos o religiosos.
- ❖ Conducta caprichosa, carcajadas inapropiadas, posturas extrañas.

Las estimaciones de la duración del pródromo varían. Los resultados de las investigaciones sobre los primeros episodios y formas de inicio de la esquizofrenia, han encontrado que desde la aparición de los primeros síntomas prodrómicos, hasta la aparición de los síntomas psicóticos propiamente dichos suele transcurrir un promedio de tiempo que va de 1 a 5 años (Yung & McGorry, 1996; Bousoño et al., 2005).

McGorry & Singh (1995) informan que ciertos estudios indican un valor promedio de 2 años en pacientes con esquizofrenia.

Yung & McGorry (1996) comunican que Conrad en 1958 informó que virtualmente todos los sujetos experimentan una fase prodrómica, que varía en la duración de un período muy breve a varios años.

Loebel et al. (1992) encontró que en el intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas prodrómicos y el de la manifestación de los síntomas de la esquizofrenia, existe una media de 98,5 semanas. Este intervalo de tiempo no era significativamente diferente para los sujetos esquizoafectivos y esquizofrénicos y no existía una diferencia de género significativa.

3.3.3 La importancia del pródromo.

El pródromo esquizofrénico es potencialmente importante para el diagnóstico temprano de esquizofrenia, para el descubrimiento temprano de las recaídas y para los estudios probables de individuos de alto riesgo.

Si el pródromo puede ser reconocido, es posible interrumpir la progresión hacia la esquizofrenia o facilitar el tratamiento rápido sobre su surgimiento (Yung & McGorry, 1996).



Se ha valorado la importancia de la detección temprana de la esquizofrenia en la literatura psiquiátrica. Diversos autores sugieren la necesidad de un diagnóstico precoz para reducir o prevenir la ruptura psicológica y social que provoca esta enfermedad.

La presencia y la duración de los síntomas de la fase prodrómica pueden predecir la evolución y el resultado de la esquizofrenia, es decir, una larga duración de los síntomas prodrómicos puede ser indicativa de prognosis pobre (Yung & McGorry, 1996).

Una caracterización de los signos y señales de la fase prodrómica y un estudio de la evolución de los síntomas prodrómicos a los síntomas esquizofrénicos, es necesaria para el diagnóstico de intervención temprana. Tal caracterización del pródromo puede contribuir a identificar a los individuos en alto riesgo de desarrollar esquizofrenia, cuando ellos manifiesten cambios sutiles en su estado mental.

Si es posible reconocer los estados prepsicóticos, y si la persona puede recibir ayuda en esta fase temprana (prodrómica), entonces la esquizofrenia, con sus deteriorantes efectos psicológicos y sociales, podría prevenirse o al menos minimizarse (Perona Garcelán et al., 2004).

3.3.4 Esquema de los cambios prodrómicos.

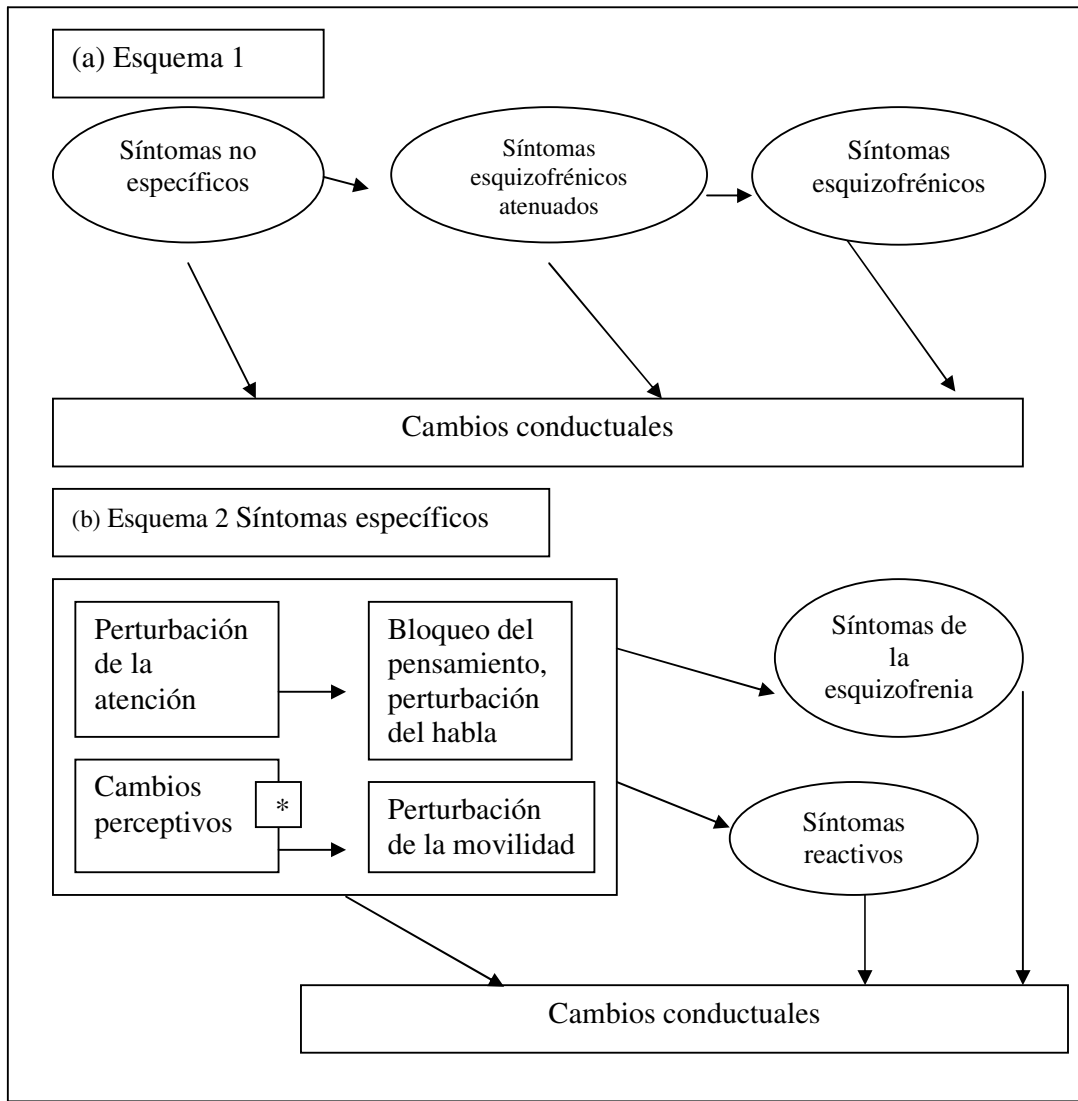
La fase prodrómica de la esquizofrenia no sigue necesariamente un esquema único de cambios.

Yung & McGorry (1996), propusieron un modelo híbrido / interactivo, en el cual el pródromo puede ser una combinación de los esquemas 1 y 2, exhibidos en la figura 3, y en los cuales la gente se traslada dentro y fuera de los períodos sintomáticos atenuados y no específicos. Ambos tipos de síntomas pueden preceder a la esquizofrenia y cualquiera de los dos puede ocurrir primariamente, resultando en cambios conductuales.

Figura 3.: Modelos de los cambios prodrómicos



A)- Esquema I: los cambios no específicos ocurren primero, seguido por desviaciones más francas de lo normal, que son precursores de la esquizofrenia. Los cambios conductuales pueden resultar de cualquiera de los tres grupos de los síntomas exhibidos. B)- Esquema II: cambios específicos en la atención y percepción ocurren primariamente. Algunos cambios perceptivos también ocurren secundarios a la perturbación de la atención (*). Los cambios en la atención y en la percepción llevan a otras características específicas de los cambios en el habla, la movilidad y el bloqueo del pensamiento. Los síntomas específicos preceden a la esquizofrenia y van acompañados por síntomas reactivos no específicos. Los cambios conductuales pueden resultar de cualquiera de los tres grupos sintomáticos exhibidos.





3.3.5 Intervención en el pródromo.

La variedad de síntomas que pueden estar presentes durante el pródromo y la elevada prevalencia de estos síntomas no específicos en la población general, significa que existe un riesgo substancial de una intervención innecesaria con las personas que no progresan hacia la esquizofrenia (casos falsos positivos).

La intervención sobre aquellos sujetos que presentan un alto riesgo de desarrollar esquizofrenia o que muestran síntomas atenuados, es controvertida desde un punto de vista ético. Se debe considerar siempre las consecuencias estigmatizantes de posibles falsos positivos, ya que, por el momento, se carece de una metodología suficiente para identificar que casos van a evolucionar a una esquizofrenia y cuales no (Bousño et al., 2005; Yung & McGorry, 1996).

Aquellas personas que experimentan cambios en su estado mental y que poseen un estado precursor o mental de riesgo pueden o no progresar hacia la esquizofrenia por dos razones:

- Primero, los cambios del estado mental pueden no representar del todo un estado vulnerable pero podrían indicar una patología subyacente diferente (una ansiedad incipiente, un desorden depresivo, una crisis circunstancial).
- Segundo, los cambios del estado mental pueden indicar un estado mental de riesgo potencialmente prepsicótico, pero factores tales como el incremento del apoyo social o algún otro cambio en otras circunstancias pueden prevenir, demorar o modificar la progresión hacia la esquizofrenia. Además, la persona puede ser descripta como portadora de un síndrome avanzado (Yung & McGorry, 1996).

Las estrategias para la intervención en la fase prodrómica deben tener en cuenta los niveles posibles de los casos falsos positivos en un grupo identificado como posiblemente prodrómico, ya que los rasgos que caracterizan al pródromo, no son específicos para la gente que desarrollará esquizofrenia.

Hay oportunidades para la intervención útil, pero el equipo debe tener cuidado de no tratar al paciente como si ya fuera esquizofrénico, debido a que se corre el riesgo de estigmatizarlo y aumentar su ansiedad (Yung & McGorry, 1996).



La escala del problema puede ser reducida concentrándose en los individuos que corren el mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia en un futuro cercano. Esta gente es:

- Adolescentes o adultos jóvenes.
- Individuos en riesgo genéticamente incrementado.
- Individuos que empiezan a exhibir cambios en el estado mental que pueden indicar una psicosis inminente.

La escasez de investigaciones metodológicamente legítimas en la fase prodrómica de la esquizofrenia, junto con la confusión respecto a los sistemas diagnósticos actuales, resalta la necesidad por el trabajo continuado en esta área (Yung & McGorry, 1996).

3.4 Intervención Temprana.

La O.M.S (2001), considera que una buena asistencia en salud mental parte de ciertos principios rectores básicos: el diagnóstico, la intervención precoz, el empleo racional de las técnicas de tratamiento, la continuidad de la asistencia, una amplia gama de servicios, la cooperación de la familia, la participación de la comunidad local y la integración en atención primaria.

La intervención temprana en la esquizofrenia consiste en un conjunto de estrategias para la identificación de individuos con “alto riesgo” de sufrir la enfermedad y en la monitorización y tratamiento de aquellos que han empezado a manifestar los primeros signos prepsicóticos, para prevenir la aparición del síndrome psicótico completo o bien minimizar sus síntomas y las discapacidades asociadas al mismo.

Las estrategias de intervención consisten en tres pasos fundamentales:

Paso 1- Técnicas Psicológicas: consiste en la implementación de entrevistas, escalas de medición, observación para la identificación y diagnóstico de personas que manifiestan los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Paso 2- Monitorización: se entiende por monitorización a la supervisión constante durante un período de tiempo determinado, de los cambios de la sintomatología de sujetos diagnosticados en la fase prodrómica de la



esquizofrenia. Con la finalidad de determinar a través de técnicas psicológicas su evolución hacia:

- un primer episodio psicótico,
- trastorno de la personalidad dentro del espectro esquizofrénico,
- crisis vital,
- algún otro trastorno.

Paso 3- Tratamiento: se refiere a la aplicación de terapia psicológica integrada, la cual se caracteriza por intervenciones cognitivas como el entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, resolución de problemas, tratamiento psicosocial y psicoeducación (Bousoño et al., 2005).

La intervención precoz permite evitar que la enfermedad alcance plenas dimensiones, controlar los síntomas y mejorar los resultados. Cuanto antes se instaure un tratamiento apropiado mejor será el pronóstico.

Las intervenciones se deben atener a los siguientes principios rectores:

- Cada intervención tiene una indicación específica conforme al diagnóstico.
- El nivel de intervención debe ser proporcional a la gravedad de la afección.
- Cada intervención debe tener una duración determinada, la cual a de prolongarse durante tanto tiempo como requiera la gravedad de la afección.
- Cada intervención debe ser sometida a vigilancia periódica para comprobar la adhesión y los resultados esperados (O.M.S., 2001; Bousoño et al., 2005).

La intervención temprana en la esquizofrenia depende del reconocimiento precoz de la enfermedad y de la iniciación del tratamiento apropiado. Permite que se de adopten estrategias preventivas, las cuales pueden reducir la morbilidad prolongada y mejorar la recuperación. Los individuos no tratados pueden experimentar un deterioro biológico, psicológico y social significativo en la primera fase de la esquizofrenia.

Por tal motivo en la actualidad se enfatiza la necesidad de realizar detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la esquizofrenia, para



prevenir o reducir la ruptura psicológica y social que el trastorno provoca (Yung & MCGorry, 1996).

3.4.1 ¿Por qué es importante la detección precoz?

Existe un periodo de tiempo importante que separa el surgimiento de los síntomas de la esquizofrenia y la iniciación de la terapia apropiada.

Las demoras en comenzar el tratamiento efectivo están asociadas a consecuencias graves y a resultados mas pobres disminuyendo las oportunidades de recuperación completa.

Este factor, conocido como *duración de psicosis no tratada o D.U.P* (por su sigla en inglés: duration of untreated psychosis), ha sido definido como “el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas psicóticos a la instauración del tratamiento farmacológico” (Bousoño et al., 2005).

A la luz de los estudios realizados hasta la fecha, se considera a D.U.P como un proceso tóxico cerebral, que afectaría activamente a estructuras y circuitos neurobiológicos que podría ser revertido con el efecto de los antipsicóticos. Sin embargo, no puede establecerse una relación causal entre el período D.U.P y el resultado o la evolución posterior de la psicosis si bien parece que ambos factores pueden estar correlacionados (Bousoño et al., 2005).

Loebel et al. (1992), en un estudio de 70 pacientes con esquizofrenia de primer episodio concluyo que la duración de la enfermedad previa al tratamiento esta asociada independientemente con la recuperación mas lenta y menos completa del episodio inicial de la psicosis.

Las causas del retraso en la instauración de tratamiento en la esquizofrenia, se relaciona con factores sociales, culturales y del sistema asistencial.



3.4.2 Factores asociados con la demora en iniciar el tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las investigaciones es importante considerar cuales son las posibles causas de la demora en el tratamiento de la esquizofrenia:

Dificultades en el reconocimiento de la esquizofrenia:

- Falta de habilidad o formación por parte de los profesionales de la salud en realizar entrevistas para detectar síntomas indicadores de una posible esquizofrenia.
- Escasa importancia a la información extraída de los familiares.
- Brevedad de las consultas.
- Falta de conocimiento por parte de los profesionales de los precursores de la esquizofrenia.

Rechazo a buscar ayuda:

Los enfermos y sus familias pueden negarse a buscar ayuda por varias razones:

- Negación de que exista un problema.
- Creencia de que puede ser resuelto sin ayuda.
- Estigma asociado con la enfermedad mental.
- Falta de conocimiento de los primeros signos.
- Minimizar los problemas.
- Deseo de mantener el problema dentro de las redes existentes.

Los profesionales de la salud mental pueden ser inhibidos de buscar ayuda especialista debido a:

- Falta de conocimiento acerca de los recursos y como acceder a ellos.

Creencia que los pacientes y sus familias pueden ofenderse por la sugerencia de la referencia para la ayuda psiquiátrica.

Servicios inaccesibles:

- Listas de espera prolongadas.
- Los servicios relevantes a menudo están localizados en una institución psiquiátrica, lo que favorece una mayor estigmatización.



- Los servicios pueden no estar lo suficientemente especializados en estrategias de intervención temprana

3.4.3 Consecuencias del tratamiento demorado.

- Recuperación más lenta y menos completa.
- Pronóstico pobre.
- Mayor riesgo de depresión y suicidio.
- Interferencia con el desarrollo psicológico y social.
- Angustia en las relaciones, pérdida de la familia y las relaciones sociales.
- Interrupción de las habilidades paternas de los pacientes (para los que tienen hijos).
- Angustia y mayores problemas psicológicos dentro de la familia.
- Interrupción del estudio, el trabajo y el desempleo.
- Abuso de sustancia.
- Violencia/actividades criminales.
- Internación innecesaria.
- Pérdida de autoestima y confianza.
- Mayor costo de tratamiento (Bousño et al., 2005).

Las demoras que preceden el tratamiento inicial de la esquizofrenia son caracterizadas por dos fases:

- 1)- El periodo prodrómico previo al surgimiento de los síntomas esquizofrénicos.
- 2)- Periodo de esquizofrenia no diagnosticada y no tratada (McGorry, 1993).

En pacientes con esquizofrenia el periodo prodrómico (desde el primer cambio notable en la conducta a la primera aparición de los síntomas psicóticos públicos) dura un promedio de alrededor de dos años y el periodo de psicosis no tratado en estos pacientes es generalmente alrededor de un año (Loebel et al., 1992).



3.4.4 Beneficios potenciales de la Intervención Temprana.

Existe clara evidencia de que la mayor parte del deterioro que se produce en la esquizofrenia ocurre en los primeros 5 años de evolución de la enfermedad, y que este es un período crítico en el cual las intervenciones realizadas, o la ausencia de ellas, tienen un fuerte impacto en la evolución posterior y en el resultado.

La principal razón para buscar mejorar el reconocimiento precoz y para reducir las demoras en empezar el tratamiento es maximizar los beneficios potenciales de la intervención precoz. La condición y el ambiente del paciente pueden deteriorarse bastante en los dos a cinco primeros años, luego del surgimiento de los síntomas. La toxicidad psicosocial que produce la irrupción de la enfermedad a una edad que interrumpe la trayectoria educativa, laboral y familiar de una persona, tiene graves repercusiones en el funcionamiento y en su integración social (Bousoño et al., 2005).

El tratamiento precoz más intensivo puede llevar a:

- Una recuperación mejorada.
- Remisión más rápida y completa.
- Mejores actitudes hacia el tratamiento.
- Niveles menores de emoción expresada.
- Menor resistencia al tratamiento (Loebel et al., 1992; McGorry, 1993).

Las estrategias preventivas efectivas para la esquizofrenia necesitan estrategias de intervención global que combinen intervenciones biológicas como la administración de antipsicóticos en bajas dosis, psicológicas individual y familiar como la psicoeducación y social como la orientación familiar e iniciativas comunitarias (Bousoño et al., 2005).

La clave para el reconocimiento precoz es mantener en mente la posibilidad de esquizofrenia, es decir, considerar un índice alto de sospecha cuando se trata a gente joven que experimente cambios persistentes en la conducta y el funcionamiento especialmente ante la presencia de otros factores de riesgo. El más importante a considerar es una historia familiar de enfermedad psicótica.



3.5 Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica personal, familiar, grupal y social cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno, en lo que ahora nos ocupa la esquizofrenia.

Un factor de riesgo permite predecir el desarrollo de la enfermedad mental, la cual sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad a contraerla.

Es un concepto probabilístico, no determinista. El que un individuo muestre factores de riesgo no implica que necesariamente vaya a desarrollar el trastorno, significa únicamente que, si lo comparamos con un individuo sin esos factores tendrá una mayor probabilidad de padecer esquizofrenia.

En relación con esta idea, es necesario destacar que son elementos predictores, pero no implican una causación directa y lineal, ningún factor de riesgo por si solo permite predecir adecuadamente la esquizofrenia. Estos factores actúan en interrelación, modulándose e influyéndose entre si (Perona Garcelán et al., 2004).

Si se ha notado un cambio en la conducta o el funcionamiento debe evaluarse la presencia de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo para la esquizofrenia pueden ser divididos en tres grupos principales:

EDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia y adultez joven.
FACTORES DE RIESGO DE RASGO
<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de trastorno psicótico (vulnerabilidad genética). • Ajuste premórbido pobre. • Historia de implicaciones obstétricas/trauma perinatal. • Infecciones por virus.
FACTORES DE RIESGO DE ESTADO
<ul style="list-style-type: none"> • Eventos de la vida, estrés psicosocial percibido. • Abuso de droga.



3.5.1 Adolescencia.

La adolescencia es el periodo que se extiende desde la pubertad (12-13 años) hasta alcanzar el estatus de adulto (26-27 años).

Implica una serie de cambios cognitivos, biológicos, personales y psicosociales.

En la adolescencia nos encontramos en un lapso madurativo, su núcleo es un estado confusional transitorio de gran turbulencia. El individuo experimenta una serie de cambios físicos, que lo sitúan en una madurez biológica y sin embargo durante años no podrá acceder a los beneficios de la adultez, de esta manera el adolescente se encuentra en una situación de indefinición personal acompañada por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles (Muuss, 1966).

El adolescente se rebela contra el dominio, sistema de valores y la intrusión de los padres en su mundo privado, ya que necesita separar su identidad de la de ellos. La necesidad de asentar la identidad da lugar a que se sienta especialmente atraído por el grupo de amigos, el cual se convierte en un contexto de sociabilización de gran relevancia por lo que tiende a depositar su confianza en aquellos pares, que le proporcionaran un ámbito imaginativo, aunque ilusorio a sus aspiraciones.

En este periodo los sujetos muestran actitudes desafiantes e idealistas, ideas pintorescas, irrealizables o desprovistas de sentido común a los ojos de los adultos, además de la impaciencia y de la exigencia de inmediatez. Por este motivo intentan autoafirmarse, superar los límites entre lo permitido y lo prohibido, desafiar a la autoridad y buscar la confrontación con los demás oponiéndose violentamente a todas las limitaciones con que se encuentra. (Ballus Creus & García Franco, 2000; Muuss, 1966).

En otro orden, la adolescencia también involucra cambios intelectuales profundos, frente al pensamiento infantil que es rígido y literal, el pensamiento adolescente es más abstracto, flexible y relativista.

En torno a los 12-13 años se suele producir el cambio del periodo de las operaciones concretas al de las operaciones formales, supone la capacidad de dominar cierto número de operaciones intelectuales como razonar sobre la



base de hipótesis, esto es con proposiciones. El individuo se vuelve capaz de concebir diferentes alternativas y perspectivas ante un mismo problema o situación.

En este momento generalmente se desarrolla una sensación de extrañamiento frente así mismo y sus tareas.

Todas estas situaciones cambiantes en el adolescente provocan crisis pudiendo generar retraimiento, sensibilidad, inhibición y también agresividad u extremismos (Muuss, 1966).

Estos signos descriptos con anterioridad forman parte del ciclo vital por el que esta atravesando el adolescente, sin embargo debe tenerse presente la posibilidad que constituyan, junto con otros factores de riesgo, signos tempranos de advertencia de esquizofrenia (McGorry, 1993).

Ballus Creus & García Franco (2000), afirman que por lo común los pacientes manifiestan por primeras vez los síntomas de la esquizofrenia durante la adolescencia. Esto va a suponer, que la mayoría de los individuos queden estancados en una actitud de permanente adolescencia en lo que se aúnan y potencian las conductas propias tanto de esta etapa como de la enfermedad.

Estos primeros signos de la esquizofrenia en adolescente y gente joven pueden interpretarse por su familia y amigos como una conducta adolescente normal y por lo tanto pueden ser tolerados mucho antes de buscar ayuda, pudiendo estar en riesgo de experimentar demoras en su tratamiento como también ser vulnerables en sus consecuencias (McGorry, 1993).

Es importante considerar que los mismos adolecen de una serie de conocimientos y recursos, que hasta el momento no han necesitado para poder identificar estos síntomas.

Por lo dicho anteriormente es importante conocer para discernir entre la sintomatología, el carácter, las situaciones y conflictos propios de la adolescencia y aquellos correspondientes a la enfermedad, dado que la esquizofrenia no se manifiesta permanentemente ya que hay áreas de la vida del adolescente que no están afectadas por el trastorno (Ballus Creus & García Franco, 2000).



3.5.2 Historia familiar de trastornos psicóticos.

Se refiere a la existencia de una predisposición, heredada genética a contraer la enfermedad. Lo que se hereda es la predisposición, pero no la enfermedad.

Diferentes investigaciones han demostrado que la predisposición a padecer esquizofrenia es la siguiente (Ballus Creus & García Franco, 2000; Vallejo Ruiloba, 2000; Anderson et al., 1986):

- Sin tener familiares consanguíneos enfermos	1	%
- Teniendo un padre enfermo	12	%
- Teniendo los dos padres enfermos	35 / 44	%
- Teniendo un hermano enfermos	8,7	%
- Teniendo un abuelo enfermo	2,8	%
- Teniendo un hijo enfermo	3,8	%

3.5.3 Ajuste premórbido pobre.

La fase premórbida hace referencia a la línea basal o de funcionamiento previo del individuo, tomada antes de que se presentase ningún cambio en el curso vital del individuo. Se refiere al funcionamiento global en las principales áreas vitales del sujeto (cognitivo, social, afectivo, etc.) que tenía antes de manifestarse los primeros síntomas de la esquizofrenia (Bousoño et al., 2005).

3.5.4 Historia de implicaciones obstétricas/trauma perinatal.

Se refiere a factores de riesgo pre y perinatales, a la posibilidad de que ciertos accidentes o complicaciones obstétricas en el momento del nacimiento (traumatismo, asfixia, etc.) provocarían la enfermedad años después (Bousoño et al., 2005).



3.5.5 Infecciones por virus.

Se refiere a la influencia de algunas infecciones por virus como es el caso del virus de la influenza, que padecería la madre durante el embarazo, las cuales ocasionarían pequeñas lesiones en el feto que a determinada edad provocaría el inicio de la enfermedad (Murray et al., 2004; Anderson et al., 1986).

3.5.6 Abuso de droga.

El uso y abuso de determinados tipos de drogas se considera un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia y podría actuar como factor desencadenante de la misma en pacientes con una determinada personalidad psicótica. El abuso de drogas puede exacerbar los trastornos psiquiátricos, incluso las sustancias psicoactivas han sido implicadas en el comienzo precoz de la psicosis.

El abuso crónico de LSD y otras drogas que alteran la mente, pueden influir en el funcionamiento neuronal, predisponiendo en última instancia al individuo a contraer ulteriormente esquizofrenia, aunque en ese momento no consuma la droga nociva (Anderson et al., 1986). Existen cuadros psicóticos de larga duración de tipo esquizofrénico puestos en marcha por el consumo de cannabis que plantean una confusión en el diagnóstico. Puede ser una "esquizofrenia endógena" cuyo factor desencadenante es el consumo de drogas o bien puede ser una psicosis cuyo factor causal es el consumo de tóxicos, denominada "psicosis cannábica". Este diagnóstico se incluye en el DSM IV y lo denomina trastorno psicótico inducido por sustancias.



3.5.7 Eventos de vida.

Son acontecimientos de la vida que tienen una carga estresante importante para la persona que la padece.

Se supone que una persona con una cierta predisposición a la esquizofrenia, en presencia de un cúmulo de eventos vitales estresantes podría desarrollar la enfermedad.

Como eventos vitales estresantes podemos considerar: cambios de trabajo, una nueva relación amorosa, vivir en un ambiente familiar muy crispado con enfrentamiento entre sus miembros, cambios inesperados en las rutinas domésticas, tener que afrontar nuevas exigencias, etc. (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005; Vallejo Ruiloba, 2000).

3.6 Rol del Psicólogo en Estrategias de Intervención Temprana en la esquizofrenia.

Bousoño et al. (2005) explica que el Rol del Psicólogo consiste en la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas para el diagnóstico temprano, la investigación de la conducta, la prevención y tratamiento de la esquizofrenia, como la terapia integrada, la cual se caracteriza por intervenciones cognitivas como el entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, habilidades sociales, resolución de problemas, tratamiento psicosocial y la psicoeducación.

A través de la implementación de las técnicas cognitivo-conductuales el Psicólogo procura controlar los primeros síntomas prodrómicos, con la finalidad de reducir su amplio impacto emocional y mejorar las habilidades del manejo de la enfermedad.

La conservación de los roles sociales, particularmente el estudio y el trabajo, resultan claves para evitar la automarginación y los sentimientos de pérdida o vergüenza que aparecen en los primeros momentos de la enfermedad.

Se recomienda que los Psicólogos brinden una psicoterapia de apoyo, que transmita comprensión y aceptación de los estados subjetivos de cada



individuo, transmitiendo a sus pacientes que sean mucho más que su propia enfermedad, con el objetivo de recuperar un sentimiento de identidad lo más saludable posible.

El proceso de adaptación a la esquizofrenia implica una búsqueda de sentido a la propia experiencia y el intento de recuperar el dominio sobre la situación y la autoestima. El Rol del Psicólogo consiste en acompañar paso a paso al paciente, a lo largo de todo el arduo proceso de cambio que implica la aparición y aceptación de esta enfermedad, brindando todas las herramientas necesarias para la recuperación del paciente y para que goce de una buena calidad de vida.



1.1 Objetivo General.

- Describir el Rol del Psicólogo en cuatro Programas de Intervención Temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia:
 - Clínica de Evaluación Personal y Evaluación de Crisis.
 - Evaluación Precoz de la Psicosis y el Equipo de Atención.
 - Proyecto Buckingham. Practicante Familiar.
 - Programa de Reconocimiento y Prevención.

1.2 Objetivos Específicos.

- Describir el Rol del Psicólogo en los Programas de Intervención Temprana según las siguientes categorías:
 - Área de intervención.
 - Prevención.
 - Estrategias de intervención temprana.

- Describir semejanzas y diferencias del Rol del Psicólogo en las categorías.

1.3 Tipo de investigación.

De acuerdo a los objetivos planteados para la realización del trabajo final, se empleo un tipo de investigación descriptiva, la cual consiste en describir situaciones y eventos, es decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno. Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades que sean sometidos a análisis. Mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

En este estudio se ha seleccionado como fenómeno a describir el Rol del Psicólogo en Programas de Intervención Temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia según las siguientes



categorías: área de intervención, prevención y estrategias de intervención temprana, las cuales permitieron someterlo a análisis, especificar sus características, compararlo y de esta manera describir el fenómeno.

1.4 Recolección de datos.

Los datos fueron recolectados de cuatro artículos de revistas científicas y de un libro, los cuales describen Programas de Intervención Temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia.

A continuación se presentan los nombres de los Programas con sus respectivas siglas, los datos de las revistas, libro y artículos de los cuales fueron extraídos los datos.

Primer Programa:

Nombre: Clínica de Evaluación Personal y Evaluación de Crisis. (**P.A.C.E** por su sigla en inglés, "Personal Assessment and Crisis Evaluation").

Revista: Schizophrenia Research.

Artículo: Psychosis prediction: 12 month follow up of a high-risk ("prodromal") group.

Volumen: N° 60.

Editorial: Elsevier Science.

Año: 2003.

Autores: Alison Yung, Collee Mc Marlene, Lisa Phillips, Mats Hallgren, Hok Pan Yuen, Patrick D. McGorry.

Segundo Programa:

Nombre: El Proyecto Buckingham. Practicante Familiar (**F.P** por su sigla en inglés The Buckingham Project. Family Practitioners).

Revista: Schizophrenia Bulletin.

Artículo: Early Detection and Intervention for Initial Episodes of Schizophrenia.

Volumen: N° 22, No. 2.

Editorial: Board.

Año: 1996.

Autores: R.H. Falloon, Robert R. Kydd, John H. Coverdale, and Tannis M. Laidlaw.

**Tercer Programa:**

Nombre: Evaluación Precoz de la Psicosis y el Centro de Intervención (E.P.A.C.T.)

Libro: Manual of Detection and Diagnostic of Early Psychosis.

Editorial: By Jansen's Pharmaceutical, New Zealander.

Año: 2002.

Autores: MC Gorry M.D.

Cuarto Programa:

Nombre: Programa de Reconocimiento y Prevención (R.A.P por su sigla en inglés, Recognition and Prevention Program).

Revista: Schizophrenia Bulletin.

Artículo: The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelopmental Perspective

Volumen: N° 29, N° 4.

Editorial: Board.

Año: 2003.

Autores: Cornblatt Barbara, Lencz Todd, Smith Christofer, Auther Andrea, Correll Christoph y Nakayama Emile.

1.5 Análisis de datos.

Una vez que se contó con toda la información se estuvo en condiciones de realizar el análisis de datos, los cuales se han recogido teniendo en cuenta los objetivos de investigación, así como las modificaciones que se introdujeron en desarrollo de la misma.

Se seleccionó como procedimiento de análisis de datos la *técnica de análisis de contenido*, debido a que ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza de documentos permitiendo describir el fenómeno con mayor precisión.

El análisis de contenido se define como una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto. Puede ser aplicado virtualmente a cualquier forma de comunicación,



artículos de investigación, libros, conversaciones, discursos, etc. (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

El análisis de contenido es útil para obtener información que no está directamente expresada en el mensaje. Es una fase del procesamiento de la información en la que el contexto de la comunicación es transformado a través de aplicaciones objetivas y sistemáticas de reglas de categorización en datos que pueden ser analizados (Clemente Díaz, 1992).

Se efectúa por medio de la codificación, proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permiten su descripción y análisis preciso (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

1.6 Etapas del análisis de contenido.

La técnica de análisis de contenido del presente trabajo de investigación se llevó a cabo en tres etapas:

- Primera etapa: Preanálisis, definición del universo, unidades de análisis, categorías y subcategorías.
- Segunda etapa: Selección de los codificadores y entrenamiento, codificación provisional de una parte representativa del material por tres codificadores, cálculo de la confiabilidad intercodificadores, cálculo de la confiabilidad intracodificador, codificación de todo el material por un codificador, resultados.
- Tercera etapa: Descripción a partir de los resultados del Rol del Psicólogo en los Programas de Intervención Temprana según las siguientes categorías: área de intervención, prevención, estrategias de intervención temprana y descripción de semejanzas y diferencias del Rol del Psicólogo en las categorías y conclusión.



En la primera etapa del análisis de contenido se realizó un preanálisis del material, el cual consistió en una revisión de la literatura y de investigaciones que se llevaron a cabo sobre el tema, en la selección de los documentos que se sometieron a análisis, y en la lectura sucesiva para familiarizarse con el material e identificar el tipo de unidades de análisis a tener en cuenta para una codificación posterior y la manera de desglosarlos, fragmentarlo sistemáticamente en enunciados específicos y significativos para una posterior descripción.

En un segundo momento, se definió el universo, el cual consistió en cuatro artículos científicos que describen Programas de Intervención Temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Luego se definieron las unidades de análisis, las cuales constituyen segmentos del contenido del mensaje que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

Se seleccionaron como unidades de análisis a todas las oraciones de cada artículo que hacían mención implícita o explícita del Rol del Psicólogo en estrategias de intervención temprana, las cuales fueron objeto de clasificación y recuento.

Se entiende por mención implícita a toda oración que considere incluido el Rol del Psicólogo sin que lo exprese directamente y por mención explícita a toda oración en la que se exprese clara y determinantemente el Rol del Psicólogo.

Se definió al Rol del Psicólogo en estrategias de intervención temprana como la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas para la identificación de personas que manifiestan los síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia, el diagnóstico temprano, monitorización, investigación de la conducta, prevención y la terapia psicológica integrada caracterizada por intervenciones cognitivas como el entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, resolución de problemas, tratamiento psicosocial y psicoeducación (Bousoño et. al., 2005).



A continuación se muestra a modo de ejemplo oraciones en las cuales está implícito el Rol del Psicólogo en estrategias de intervención temprana:

“En los cuatro años de seguimiento se detectaron 16 personas con síntomas prodrómicos y 1 a quien se le diagnosticó esquizofrenia.”

“Las estrategias de control del estrés fueron continuadas hasta que los síntomas remitieron.”

Oraciones en las que está explícito el Rol del Psicólogo:

“Los pacientes fueron vistos en la Clínica por el psiquiatra Alison Yung, y los psicólogos Collee Mc Marlene, Lisa Phillips, Mats Hallgre.”

“Los practicantes y enfermeras fueron entrenados semanalmente por los terapeutas de salud mental (psiquiatras y psicólogos), mediante clases prácticas y discusiones de grupo sobre los casos.”

En ciertos casos, se tomó en cuenta el contexto de donde se extrajo la oración, ya que aportaba mayor información para la comprensión.

Por ejemplo:

“Los sujetos recibieron apoyo psicológico, además del tratamiento de los síntomas como lo de la depresión.” (Los participantes en este proyecto han recibido medicación antidepresiva o ansiolítica, pero no se usó medicación neuroléptica).

A partir de la lectura se seleccionaron un total de 174 oraciones, de las cuales:

- 45 oraciones correspondieron al Programa **P.A.C.E.**
- 42 oraciones correspondieron al Programa **F.P.**
- 32 oraciones correspondieron al Programa **E.P.A.C.T.**
- 55 oraciones correspondieron al Programa **R.A.P.**

El paso siguiente fue establecer y definir las categorías y subcategorías.

Hernández Sampieri, Fernández Callado & Baptista (1994) definen a las categorías como los niveles donde serán caracterizadas las unidades de análisis las cuales deberán ser exhaustivas, mutuamente excluyentes y derivarse del marco teórico.

De acuerdo al marco teórico que sustenta el presente trabajo de investigación, se definieron tres categorías con sus respectivas subcategorías.

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica /Área de Intervención Comunitaria.



Área de Intervención Clínica: Se entenderá por área de intervención clínica las estrategias intervención temprana de los Programas de salud mental llevadas a cabo por psicólogos en Hospitales, Neuropsiquiátricos, Clínicas, Centros de Salud (Bousoño et. al., 2005).

Área de Intervención Comunitaria: Se entenderá por área de intervención comunitaria las estrategias de los Programas de salud mental pública aplicadas en los ámbitos locales de la comunidad por los Psicólogos, con el objetivo de dotar de una preparación anticipada a los profesionales de la salud mental, personas y grupos de la comunidad en actividades integradas y planificadas (Costa & López, 1986).

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Prevención Universal: Se entenderá por intervención universal cuando el Psicólogo dirija su accionar a la población general independientemente del grado de riesgo o susceptibilidad a padecer la enfermedad.

Prevención Selectiva: Se entenderá por intervención selectiva cuando el Psicólogo dirija su accionar a subgrupos de población que presentan mayor susceptibilidad o riesgo de la enfermedad, pero que aun no la han desarrollado.

Prevención Indicada: Se entenderá por intervención indicada cuando el Psicólogo dirija su accionar a aquellos individuos que empiezan a manifestar los primeros signos o síntomas iniciales de la enfermedad (Bousoño et. al., 2005).

Categoría 3: Estrategia de Intervención Temprana.

Subcategorías: Técnicas Psicológicas/ Monitorización/ Tratamiento.

Técnicas Psicológicas: Se entenderá por técnicas psicológicas la implementación de entrevistas, escalas de medición, observación por parte de los Psicólogos para la identificación y diagnóstico de personas que manifiestan los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Monitorización: Se entenderá por monitorización a la supervisión constante durante un período de tiempo determinado, de los cambios de la sintomatología



de sujetos diagnosticados en la fase prodrómica de la esquizofrenia. Con la finalidad de determinar a través de técnicas psicológicas su evolución hacia:

- un primer episodio psicótico,
- trastorno de la personalidad dentro del espectro esquizofrénico,
- crisis vital,
- algún otro trastorno.

Tratamiento: Se entenderá por tratamiento la aplicación por parte de los Psicólogos de terapia psicológica integrada, la cual se caracteriza por intervenciones cognitivas como el entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, resolución de problemas, tratamiento psicosocial y psicoeducación (Bousoño et. al., 2005).

Se advierte que las categorías cumplieron los requisitos de exhaustividad, abarcando todas las posibles subcategorías de codificación.

Las subcategorías fueron mutuamente excluyentes, de tal manera que una unidad de análisis puede caer en una y sola subcategoría.

Para la aplicación de la técnica de análisis de contenido se elaboraron plantillas de codificación (ver anexo), las cuales incluyen las categorías, subcategorías y las oraciones representadas por números.

Se entregaron adjuntamente a las plantillas, las oraciones con su respectiva numeración con la finalidad que el codificador las pudiera identificar y los datos sobre la revista de la cual fueron extraídos los artículos como:

- Nombre de la revista.
- Título del artículo.
- N° de páginas.
- Volumen.
- Año.
- Autores.

La segunda etapa consistió en escoger los codificadores, los cuales son las personas que asignan las unidades de análisis a las categorías, debiendo tener un nivel educativo profesional o estudiante a nivel de licenciado como mínimo (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

Se seleccionaron tres codificadores, dos estudiantes de curso superior de Lic. en Psicología y un Lic. en Psicología.



Luego se entrenó a los codificadores con la finalidad de que se familiaricen y compenetren con las categorías, subcategorías y unidades de análisis.

Según Hernández Sampieri, Fernández Callado & Baptista (1994), debe capacitarse a los codificadores en la manera de codificar y discutirse con ellos las diferentes condiciones en que puede manifestarse o estar presente cada categoría o subcategoría.

Una vez llevado a cabo el entrenamiento (ver anexo) de los codificadores mediante un manual de codificación, se realizó una codificación provisional de una parte representativa del material, el mismo para todos los codificadores, para ver si hubo consenso entre ellos.

Para ello se seleccionaron al azar del total de oraciones 10 de cada artículo quedando un total de 40 unidades de análisis.

Luego se procedió a calcular la confiabilidad intercodificadores.

La confiabilidad intercodificadores se realizó por pares de codificadores (parejas). Se pide a cada pareja formada que codifique el mismo material, se comparan los resultados obtenidos por las parejas, se cuenta el número de acuerdos entre las mismas, y se aplica la siguiente fórmula de confiabilidad entre parejas:

Confiabilidad entre parejas: $\frac{N^{\circ} \text{ total de acuerdos entre dos parejas.}}{N^{\circ} \text{ total de unidades de análisis codificadas.}}$

$\frac{N^{\circ} \text{ total de unidades de análisis codificadas.}}{N^{\circ} \text{ total de unidades de análisis codificadas.}}$

Después se obtiene la confiabilidad total que es la suma de las confiabilidades entre parejas sobre el número de comparaciones.

Es importante recordar que no es conveniente tolerar una confiabilidad menor que 0.85 (ni total, ni entre dos parejas) y de ser posible debe superar el 0.89, ya que la confiabilidad que oscila entre 0 es nula confiabilidad y 1 confiabilidad total (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

Se formaron tres parejas para que codificaran las 40 oraciones:

Pareja N° 1: Compuesta por los codificadores 1 y 2.

Resultado: 0.95.



Pareja N° 2: Compuesta por los codificadores 1 y 3.

Resultado: 0.92.

Pareja N° 3: Compuesta por los codificadores 2 y 3.

Resultado: 0.95.

Resultado de la confiabilidad total: 0.94.

Los resultados evidenciaron que hubo acuerdo entre los codificadores, de esta manera el análisis de contenido era confiable para realizar la descripción del Rol del Psicólogo en los cuatro Programas de Intervención Temprana.

Considerando que el material a analizar no era de gran tamaño y los tres codificadores fueron confiables, se seleccionó al azar un solo codificador: **codificador n° 1**, para que realizará el análisis de los cuatro artículos sobre Programas de Intervención Temprana.

Antes de este paso, con la finalidad de medir la estabilidad de la prueba y de aumentar la objetividad del estudio se procedió a calcular la confiabilidad intracodificador del codificador n° 1, la cual consiste en observar las diferencias de la codificación sobre el mismo material hecha por el codificador en dos tiempos diferentes (Hernández Sampieri; Fernández Callado & Baptista, 1994).

Los análisis del codificador n° 1 sobre las 40 oraciones se llevaron a cabo con una diferencia de 30 días, arrojando el siguiente resultado **0.97**, indicando que el codificador fue individualmente confiable.

Luego se procedió a la codificación de las 174 oraciones (incluidas las 40 oraciones de la muestra, ya que si se las omitía se extraía material importante para la futura descripción) por parte del codificador seleccionado. La codificación se llevó a cabo en un período de 10 días.

Finalizado el paso anterior se procedió a contar las frecuencias de cada categoría por Programa, se vaciaron los datos de las hojas de codificación obteniendo totales por cada categoría y porcentajes de codificación.

La tercera etapa correspondió a responder los objetivos de investigación a partir de los resultados obtenidos.

Con respecto al objetivo describir el Rol del Psicólogo en los Programas de Intervención Temprana según las categorías área de intervención,



prevención, estrategias de intervención temprana se procedió de la siguiente manera:

En primer lugar se elaboró por cada programa una tabla que presentó los resultados de la codificación mostrando el total de unidades de análisis codificadas y totales de codificación por cada categoría y sus respectivos porcentajes, con la finalidad de presentar la información contenida en la plantilla de codificación de una forma que facilite su rápida apreciación, comprensión y ponga de manifiesto las características del conjunto de datos analizados con mayor objetividad y precisión.

A continuación se diseñó un diagrama a modo ilustrativo de la tabla con la finalidad de aumentar la comprensión del lector.

A partir de los resultados se infirió el Rol del Psicólogo en cada categoría.

Con la finalidad de brindar mayor información y objetividad se presentaron las oraciones que describían las características más significativas del Rol del Psicólogo en cada categoría.

Para responder el objetivo describir semejanzas y diferencias del Rol del Psicólogo en las categorías se procedió de la siguiente manera:

Se presentó una tabla con los porcentajes totales de codificación de cada programa y por categoría con la finalidad de poder establecer y describir a partir de los resultados las semejanzas y diferencias del Rol del Psicólogo en las categorías.

Abordamos el estudio a través de esta técnica porque consideramos que era la vía por la cual obtendríamos una descripción objetiva de los cuatro Programas de Intervención Temprana.



Introducción a los Programas de Intervención Temprana en adolescentes y jóvenes adultos en Fase Prodrómica de la Esquizofrenia.

Aunque, al menos las tres vías de intervención terapéutica, terapia farmacológica, orientación familiar, rehabilitación psicosocial, han demostrado su eficacia en la esquizofrenia la necesidad de su aplicación continuada, su limitada eficacia en la remisión de síntomas negativos, su efecto sobre la expresión, pero no sobre la vulnerabilidad ni el curso de la enfermedad, justifican el creciente interés en el desarrollo de programas que permitan su detección e intervención temprana durante la fase prodrómica de la esquizofrenia, considerando esta fase como el periodo crítico en que más progresa el deterioro y en que se producen las reacciones psicológicas y familiares a la enfermedad, siendo, por lo tanto, el momento de mayor plasticidad biológica, psicológica y psicosocial, y el que mayor influencia tiene en la evolución y pronóstico del enfermo (Bichwood, 1992).

La intervención temprana en la fase prodrómica podría mejorar el curso de la esquizofrenia a corto y largo plazo y variar su historia natural.

Actualmente se están desarrollando varios Programas de intervención temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia en diferentes lugares del mundo compartiendo todos ellos, al menos, cuatro características:

- Se encuadran en el modelo de la vulnerabilidad el cual propone la enfermedad como resultado de tres constructos: vulnerabilidad biológica, estrés ambiental y capacidad de afrontamiento. La vulnerabilidad biológica esta determinada por la combinación de una serie de influencias genéticas y de factores perinatales de daño cerebral precoz (obstétricos, infecciosos y metabólicos) que originan un trastorno en el neurodesarrollo. Los estresores ambientales, como los acontecimientos vitales o la exposición a un entorno familiar tenso y hostil incidirían sobre la vulnerabilidad biológica favoreciendo la expresión de la enfermedad y la aparición de los síntomas o precipitando las recaídas. Frente a ellos las capacidades de afrontamiento, actuarían como mediadores o protectores, reduciendo las fuentes de estrés o minimizando sus efectos.



Todo ello aporta una base racional que sustenta la intervención mediante una serie de estrategias para reducir el riesgo de recaídas y mejorar el curso evolutivo de la enfermedad.

- Combinan intervenciones psicosociales las cuales incluyen todo un conjunto de actividades muy diversas y con distintas orientaciones y objetivos, que van desde la prevención de recaídas a la recuperación de habilidades o capacidades perdidas en el curso de la enfermedad, pasando por la intervención familiar o la formación vocacional y reinserción laboral e intervenciones farmacológicas
- Desarrollan prevención secundaria cuyo objetivo es la mejor identificación (diagnostico precoz) y tratamiento de la enfermedad, y por lo tanto, si es exitosa conseguir disminuir la prevalencia.
- Consideran que el pródromo, es un período en el cual se puede intervenir tempranamente, si son identificados sus síntomas, o si se los reconoce prospectivamente lo que posibilitara la prevención y el retraso de diagnosticar esquizofrenia en un sujeto. Los diversos síntomas que se manifiestan en esta fase tienen limitados predictores en relación a la fase siguiente de la esquizofrenia. Este grupo de síntomas podría ser seguido de esquizofrenia verdaderos positivo o podrían no ser seguidos de esquizofrenia, casos falsos positivo. La fase prodrómica de la esquizofrenia debe ser considerada como un factor de alto riesgo de padecer esquizofrenia por lo cual se debe conocer los indicadores para prevenir el desorden que esta en vías de desarrollo y realizar un seguimiento a la persona que lo manifiesta teniendo además en cuenta los factores de riesgo de la esquizofrenia.

El grupo de McGorry y Yung en Melbourne (Australia), entre los años 1995 -1996, basándose en la identificación y monitorización de grupos de riesgo, han sido los pioneros en el desarrollo de estrategias de intervención temprana en esquizofrenia. Han desarrollado un Programa de investigación denominado Evaluación Personal y Evaluación de Crisis (P.A.C.E) enfocado en intervenciones preferentemente psicosociales y farmacológicas en adolescentes y jóvenes adultos que atraviesan la fase prodrómica de la esquizofrenia. El interés de este grupo esta centrado en la detección de signos



subclínicos y síntomas aislados, que pertenecen o sirven de señal alarma del tránsito hacia la esquizofrenia.

Distinguieron tres grupos de alto riesgo diferentes:

- Pacientes con síntomas psicóticos atenuados.
- Pacientes con síntomas breves, limitados e intermitentes.
- Historia familiar de psicosis.

Falloon y colaboradores han desarrollado en Buckingham (Gran Bretaña) un Programa de intervención temprana a nivel comunitario durante un período de cuatro años 1984 – 1988 denominado Proyecto Buckingham. Practicante Familiar (F.P), en el que una red de practicantes familiares psicólogos entrenados identificaron personas con signos prodrómicos de esquizofrenia en su domicilio. Desarrollaron intervenciones psicosociales precoces y continuadas e intervenciones farmacológicas coordinadas por psicoterapeutas psicólogos y psiquiatras con experiencia en el asesoramiento y desarrollo de prevención secundaria, logrando una disminución en la frecuencia y gravedad de los primeros episodios de la esquizofrenia.

La meta fundamental fue describir los procedimientos de detección temprana que pueden ser implementados en el escenario de los cuidados primarios (McGorry, 1993).

También en Melbourne (Australia) se llevó a cabo un Programa de intervención temprana en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia denominado Evaluación Precoz de la Psicosis y el Equipo de Atención (E.P.A.C.T) en el año 1996.

Es una parte integral de la Prevención Precoz de la Psicosis y el Centro de Intervención (E.P.P.I.C por su sigla en inglés: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), un servicio especialista para la terapia de adolescentes y jóvenes adultos que está experimentando un primer episodio esquizofrénico o que está en riesgo de tal episodio. Los servicios del E.P.P.I.C brindaron entrenamiento y programas de educación, también recursos materiales a profesionales que estén interesados en desarrollar sus habilidades y conocimientos respecto a la intervención temprana en la psicosis.

El E.P.A.C.T se dirigió a los practicantes generales y otros profesionales de atención primaria, profesores, asesores escolares y universitarios, a gente



que trabaja en el sistema judicial y el clero (entre otros). Trató de educar a la comunidad acerca de la esquizofrenia y sus primeros síntomas, facilitando la identificación y referencia para el tratamiento de adolescentes y jóvenes adultos que exhiben signos precoces de esta enfermedad, reduciendo de esta manera la demora entre el surgimiento de la enfermedad y el comienzo del tratamiento y apoyo efectiva (McGorry, 1993).

Cornblatt y colaboradores en Nueva York (Estados Unidos) entre los años 1998 - 2001, implementaron un Programa de Reconocimiento y Prevención (R.A.P) en adolescentes y jóvenes adultos en la fase prodrómica de la esquizofrenia, con la finalidad de prevenir la esquizofrenia. Este Programa de investigación integró la detección e intervención temprana en el período prodrómico de los sujetos que presentan alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Han seleccionado cuatro ámbitos o campos principales que consideran, reflejan el núcleo de la vulnerabilidad de la esquizofrenia:

- Déficit Cognitivo (Cognitive Deficits).
- Trastornos Afectivos (Affective Disturbances).
- Aislamiento Social (Social Isolation).
- Fallas Escolares (School Failure).

Se refirieron a estos campos con la denominación C.A.S.I.S, esta agrupación de consonantes no incluye todos los síntomas asociados a la fase prodrómica, pero se enfoca en determinados factores de riesgo que hacen a un sujeto más vulnerable de padecer la esquizofrenia.

El R.A.P estuvo centrado en seguir, registrar gráficamente el curso de la esquizofrenia e identificar los factores de riesgo y los predictores de esta enfermedad, para intervenir precozmente.

Identificaron tres grupos clínicos de alto riesgo caracterizados por:

- Síntomas no específicos y negativos (aislamiento social, fallas escolares).
- Síntomas positivos emergentes atenuados de intensidad moderada.
- Síntomas positivos severos atenuados pero no pre-psicóticos.



2.1. Descripción del Rol del Psicólogo en el Programa P.A.C.E según las categorías: Área de Intervención, Prevención, Estrategias de Intervención Temprana.

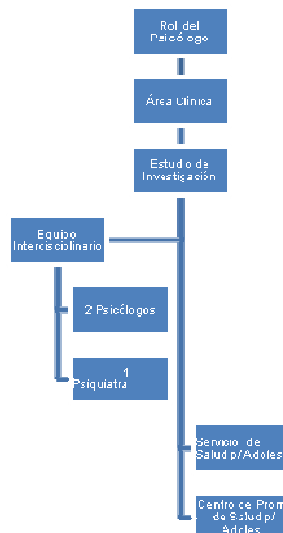
Tabla N° 1: Codificación y porcentajes de cada categoría.

Programa P.A.C.E	Categorías								Total
	Área de Intervención		Prevención			Estrategias de Intervención Temprana			
	CL	C	U	S	I	T	M	TR	
Nº	2	0	0	0	10	13	17	3	45
%	4%	0%	0%	0%	22%	29%	38%	7%	100%

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica / Área de Intervención Comunitaria.

Diagrama N° 1: Rol del Psicólogo en el Área Clínica.



A partir de los resultados obtenidos se infiere (ver tabla nº 1 y diagrama nº 1), que el Rol del Psicólogo en el Programa se llevó a cabo en el área clínica, ya que participó en un estudio de investigación denominado Predicción



de Psicosis: 12 meses de seguimiento a un grupo de alto riesgo, en un Servicio de Salud Mental para adolescentes y un Centro de promoción de salud para adolescentes en Melbourne, Australia.

Los Psicólogos trabajaron conjuntamente con un equipo interdisciplinario compuesto por tres Psicólogos y un Psiquiatra, quienes a partir de los conocimientos inherentes a su disciplina realizaron un aporte específico en las estrategias de intervención temprana.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“La clínica está localizada en un Servicio de Salud Mental para adolescentes y en un Centro de Promoción de Salud para Adolescentes.”

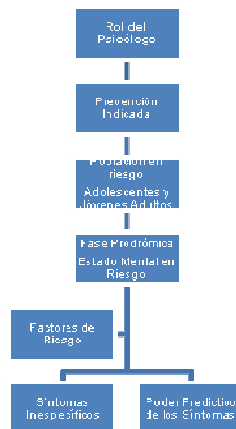
“Los pacientes fueron vistos en la Clínica por el psiquiatra Alison Yung, y los psicólogos Collee Mc Marlene, Lisa Phillips, Mats Hallgren.”

Los Servicios mencionados tienden a investigar, seguir e intervenir en los casos de sujetos que están en un estado mental en riesgo de padecer esquizofrenia.

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Diagrama N° 2: Rol del Psicólogo en Prevención Indicada.



Se infiere (ver tabla n° 1 y diagrama n° 2), que el Rol del Psicólogo consistió en realizar prevención indicada, ya que el Proyecto de investigación



se dirigió a aquellos individuos que manifestaron los síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia: adolescentes y jóvenes adultos entre 14 y 30 años de edad que estaban en estado mental en riesgo.

Lo descripto se advierte a partir de las siguientes oraciones:

“Nosotros definimos e intervenimos en tres grupos de alto riesgo de desarrollar psicosis en un futuro cercano.”

“Grupo 1: Síntomas Psicóticos Atenuados: compuesto por personas que presentaron síntomas que se desvían del comportamiento normal, pero no han desarrollado psicosis todavía.”

“Grupo 2 Síntomas Psicóticos Breves o Intermitentes: compuesto por personas que presentaron síntomas psicóticos intensos, pero muy infrecuentes o que tuvieron un total de duración de 7 días, los cuales debieron resolverse espontáneamente.”

“Grupo 3: Historia Familiar de Psicosis: compuesto por sujetos que presentaron síntomas no específicos con estado de ánimo bajo y síntomas de ansiedad con características de desorden psicótico, personalidad esquizotípica y una historia familiar de psicosis con una duración de un mes y asociados a una disminución del funcionamiento.”

“Adicionalmente, se requirió que todos los sujetos tuvieran entre 14 y 30 años (periodo máximo de desarrollo de la esquizofrenia).”

“La prevención indicada necesitó ser basada sobre la delimitación de los síntomas del estado mental en riesgo.”

“La escasez de la especificidad de los síntomas del estado mental en riesgo significa que los factores de riesgo sean identificados para aumentar el poder predictivo.”

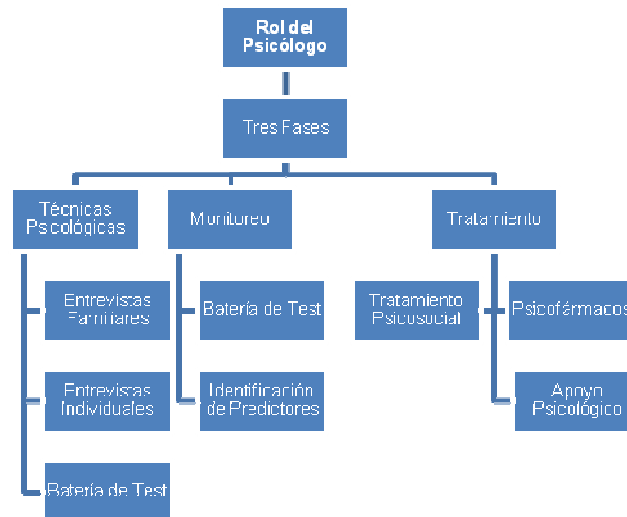
A través de la prevención indicada los Psicólogos intervinieron tempranamente y de esta manera identificaron los síntomas de la fase prodrómica, los cuales se caracterizan por ser inespecíficos y difícil de diferenciar, determinando de esta manera el poder predictivo de estos para desarrollar una esquizofrenia.

También se consideró importante determinar los factores de riesgo, ya que ellos son elementos predictores de la esquizofrenia.

Categoría 3: Estrategias de Intervención Temprana

Subcategorías: Técnicas Psicológicas / Monitoreo / Tratamiento.

Diagrama N° 3: Rol del Psicólogo en las Estrategias de Intervención Temprana.



A partir de los resultados obtenidos se infiere (ver tabla n° 1 y diagrama n° 3), que el Rol del Psicólogo se llevo a cabo en tres fases.

La primera fase consistió en identificar y seleccionar adolescentes y jóvenes adultos que presentaron síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia, los cuales conformaron la muestra de investigación mediante la aplicación de entrevistas tanto a los pacientes como a los familiares, con la finalidad de obtener información sobre los síntomas, la existencia de historia familiar de psicosis, estimando de esta manera la vulnerabilidad genética.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“La entrevista familiar fue realizada para documentar historia familiar de psicosis.”

“Las entrevistas fueron realizadas para evaluar la duración de los síntomas y la disminución del funcionamiento.”

Otra técnica implementada por los Psicólogos para obtener datos y conformar la muestra de investigación fue la aplicación de la siguiente batería de test Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH), Conceptual Disorganisation Scale (BPRS), Global Assessment of Functioning (GAF).



A partir de las siguientes oraciones se manifiesta lo anteriormente dicho:

“Las escalas Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH), Conceptual Disorganisation Scale (BPRS), Global Assessment of Functioning (GAF) fueron aplicadas para evaluar los sujetos y conformar los tres grupos de la muestra.”

“Criterios de inclusión para el grupo 1: Presencia al menos de uno de los siguientes síntomas: ideas de referencia, pensamiento mágico, creencias extrañas, ideas paranoides, alteraciones de la percepción, pensamiento y lenguaje extraño, comportamiento y apariencia extraña, (BPRS resultados: 2-3 pensamiento inusual, 1-2 alucinaciones, 2-3 suspicacia, 2-3 desorganización conceptual, en la escala CASH, se debe obtener un puntaje de 2, debe mantenerse con un razonable grado de convicción).” (La frecuencia de estos síntomas debe ser al menos varias horas a la semana y la presencia de cambios en el estado mental al menos una vez a la semana y no más que 5 años).

“Criterios de inclusión para el grupo 2: Presencia al menos de uno de los siguientes síntomas: ideas de referencia, pensamiento mágico, alteraciones de la percepción, ideas paranoides, creencias y lenguaje extraño, (puntaje de 4+ pensamiento inusual, 3+ alucinaciones, 4+ suspicacia, los cuales deben ser mantenido con una fuerte convicción y definido con un puntaje de 3 o más en la escala BPRS o 4 o más en la escala CASH).” (El episodio debe durar menos de una semana y los síntomas deben resolverse espontáneamente y haber ocurrido dentro del pasado año).

“Grupo 3: Historia Familiar de Psicosis: Presencia al menos de uno de los siguientes síntomas: ideas de referencia, pensamiento mágico, alteraciones de la percepción, ideas paranoides, creencias y lenguaje extraño, puntaje de 4+ pensamiento inusual; 3+ alucinaciones; 4+ suspicacia, los cuales deben ser mantenido con una fuerte convicción y definido con un puntaje de 3 o más en la escala CASH o 4 o más en la escala BPRS.”

“Criterios de exclusión para los tres grupos: debilidad intelectual, carencia en fluidez del Inglés, presencia de desorden cerebral orgánico, historia previa de psicosis por más de una semana (tratada o no tratada).”

En esta instancia, con la aplicación del BPRS, CASH, GAF y teniendo en cuenta los datos obtenidos de las entrevistas, el Psicólogo buscó evaluar los cambios sintomatológicos experimentados por los sujetos.



A partir de la implementación de las técnicas psicológicas quedó constituida la muestra de investigación conformada por 49 sujetos.

“La muestra de investigación quedó conformada por 49 sujetos, en la cual la mayoría de los sujetos fueron reunidos en el grupo de síntomas psicóticos atenuados (n=35, 71,4%), doce casos (24,5%) se reunieron en el grupo síntomas breves, limitados e intermitentes y 18 casos (36,7%) se reunieron en el grupo de Historia Familiar de Psicosis.” (Del total de la muestra 25 (51%) fueron varones y 24 (49%) mujeres).

La habilidad y entrenamiento clínicos en las técnicas de entrevistas permitieron a los Psicólogos diseñar y establecer el contenido a evaluar en las mismas, contenido que los guiaron para observar el comportamiento del paciente al contacto profesional, poder identificar síntomas precursores y los factores de riesgo de padecer esquizofrenia y de esta manera realizar un diagnóstico temprano e implementar las estrategias terapéuticas pertinentes.

En la segunda fase el Rol del Psicólogo consistió en realizar una supervisión constante y periódica durante los doce meses de seguimiento, con la finalidad de evaluar la sintomatología de los pacientes a través de técnicas psicológicas como escalas de medición.

Mediante la monitorización de los síntomas, los Psicólogos determinaron los predictores potenciales de desarrollar psicosis y la cantidad que se debía presentar para estar propensos a padecer psicosis.

Lo anterior se demuestra a partir de las siguientes oraciones:

“La estrategia para la predicción de la psicosis fue tener en cuenta como factores de riesgo con la combinación de tener 4 o más de los siguientes predictores: duración mayor que 900 días, puntaje de GAF menor que 51, total del puntaje del BPRS mayor que 15, puntaje de la subescala psicótica del BPRS mayor que 2, escala SANS en atención un puntaje mayor que 1, puntaje mayor que 18 en la prueba HRSD, duración mayor que 900 días.”

“Algunos predictores altamente significativos de psicosis fueron encontrados como larga duración de los síntomas prodrómicos antes de la búsqueda de ayuda.”

“Pobre funcionamiento al comienzo fue otro predictor significativo de transición de psicosis dentro de los 12 meses.”



Se evidencia que el Rol del Psicólogo consistió en evaluar la disfunción del paciente y poder determinar el nivel de calidad de vida, mediante la administración de la escala Quality of Life Scale (QLS).

A través de la escala Hamilton Rating Scale for Depresión (HRSD), evaluaron el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo proporcionando una puntuación en tres factores: melancolía, ansiedad y sueño.

La escala Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) permitió evaluar la intensidad y los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad y el ánimo depresivo.

La escala Manía Rating Scale (MRS) permitió evaluar los síntomas de la Manía.

La escala Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), permitió evaluar los síntomas negativos.

A través de la monitorización los Psicólogos también determinaron los diagnósticos del seguimiento durante los doce meses.

“Durante los 12 meses de seguimiento, 20 sujetos desarrollaron psicosis.”

“Trece sujetos tuvieron un principio de esquizofrenia, tres casos psicosis afectiva (un trastorno bipolar, dos trastornos depresivos mayores con rasgos psicóticos).”

“Un caso desarrollo esquizofrenia afectiva (tipo depresiva) y uno tuvo psicosis corta con una duración más de una semana.”

“Hubo dos casos de trastorno psicótico no especificado.”

“De los 29 restantes no psicóticos, 12 no tuvieron un diagnóstico a los 12 meses y 15 tuvieron otros diagnósticos no psicóticos (principalmente trastornos de ansiedad y 2 diagnósticos no especificados).”

“El diagnóstico final de dos sujetos fueron no definidos.”

“La comparación fue hecha entre los sujetos quienes desarrollaron psicosis y quienes no en los doce meses de seguimiento.”

“Monitorear los síntomas permitió la intervención precoz específica cuando se desarrolló la psicosis.”

Los Psicólogos basándose en el relato del paciente, en su observación y mediante el conocimiento de la aplicación de la batería de test, sobre el marco de referencia temporal en que debe ser aplicado cada escala pudieron evaluar la sintomatología en el momento pertinente y de esta manera no perturbar a los sujetos.



La tercer fase correspondió al tratamiento, infiriéndose a partir de los resultados que el Rol del Psicologo consistió en brindar apoyo psicológico y tratamiento para sus síntomas.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“Los sujetos recibieron apoyo psicológico, además del tratamiento de los síntomas como de la depresión.” (Los participantes en este proyecto han recibido medicación antidepresiva o ansiolítica, pero no se uso medicación neuroléptica).

Los resultados de la investigación sugieren que una vez identificados los sujetos en un estado mental en riesgo de padecer esquizofrenia, se realicen tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos.

Esto se demuestra a partir de las siguientes oraciones:

“Los tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos pueden ser efectivos para demorar el surgimiento de la esquizofrenia o para mejorar el funcionamiento mental si son provistos durante el periodo de la fase prodrómica o en un primer episodio psicótico.”

“Los tratamientos psicosociales pueden ser justificados mas temprano en la presencia de solo los síntomas inespecíficos.”

Se infiere que es fundamental la implementación de dichos tratamientos debido a que permiten la recuperación de habilidades para las actividades de la vida diaria, habilidades sociales y resolución de problemas como el desarrollo y reforzamiento de las conductas sociales, reducción del estrés y las dificultades en la interacción social.

El apoyo psicológico es fundamental ya que transmite comprensión y aceptación de los estados subjetivos de cada individuo, transmitiendo a los pacientes que son algo mas que sus propios síntomas con el objetivo de recuperar un sentimiento de identidad lo más saludable posible.



2.2 Descripción del Rol del Psicólogo en el Programa F.P, según las categorías: Área de Intervención, Prevención, Estrategias de Intervención Temprana.

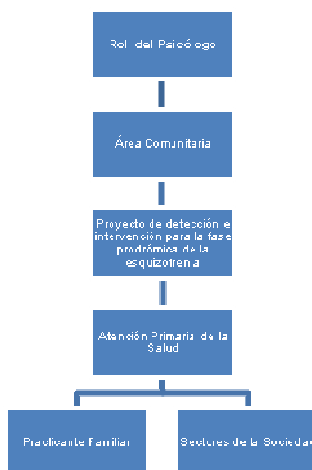
Tabla N° 2: Codificación y porcentajes de cada categoría.

Programa F.P	Categorías								Total
	Área de Intervención		Prevención			Estrategias de Intervención Temprana			
	CL	C	U	S	I	T	M	TR	
Nº	0	10	0	0	4	7	4	17	42
%	0%	24%	0%	0%	10%	16%	10%	40%	100%

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica / Área de Intervención Comunitaria.

Diagrama N° 4: Rol del Psicólogo en el Área de Intervención Comunitaria.



A partir de los resultados obtenidos se infiere (ver tabla n° 2 y diagrama n° 4), que el Rol del Psicólogo en el Programa se llevó a cabo en el área comunitaria, ya que participó en un proyecto de detección e intervención en la



fase prodrómica de la esquizofrenia en la población del condado de Buckingham, Inglaterra, dotando de una preparación anticipada a las personas y grupos comunitarios en actividades integradas y planificadas.

Lo anterior se advierte en las siguientes oraciones:

“Un estudio pionero fue realizado en el condado de Buckingham, en Inglaterra (The Buckinham Project), entre 1984 y 1988.”

“El proyecto estuvo constituido por un equipo de practicantes familiares.” (Los practicantes familiares fueron generalmente psicólogos, trabajadores sociales, médicos que evaluaban y supervisaban a los pacientes en sus respectivos hogares).

“La tradicional expectativa de considerar que los pacientes podrían acudir con los profesionales fue abandonada.”

“Los practicantes y enfermeras fueron entrenados semanalmente por los terapeutas de salud mental, mediante clases prácticas y discusiones de grupo sobre los casos.”

Se evidencia que el Rol del Psicólogo consistió en implementar las estrategias de intervención temprana a la población apuntando a traspasar la asistencia de las instituciones a la propia comunidad, a considerar la Atención Primaria de Salud, el núcleo central y en la clave del programa de intervención temprana en la esquizofrenia con la finalidad de lograr una asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad.

Para lograr una accesibilidad a todos los miembros de la comunidad, fue indispensable que la comunidad y los individuos contribuyeran con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario, por lo cual consideraron que debió de participar plenamente en la planificación y la administración de la salud.

Lo descrito se demuestra en las siguientes oraciones:

“Las estrategias actuales apuntan a un nivel comunitario, a un cambio en los asilos, manicomios de la comunidad.”

“El proyecto de salud se realizó en un área semirural de Inglaterra con 35.000 habitantes y una atención primaria de salud.”

“Las solicitudes de las enfermeras de la comunidad, asistentes sociales, consejeros, policías, abogados y otros agentes de la comunidad para la consulta de los problemas de salud mental sospechosos, eran inicialmente hechos a los practicantes familiares”.

“Los contactos con estos agentes fueron mantenidos regularmente, como también con la iglesia, escuelas, grupos voluntarios y otros por lo tanto la consulta podría ser facilitada y se detectarían los síntomas prodrómicos tempranamente.”

Se manifiesta que su accionar se llevó a cabo en coordinación con los demás sectores sociales como: Escuelas, Iglesia, Institución Penitenciaria quienes estaban capacitados en reconocer síntomas sospechosos de enfermedad mental y tomar contacto con los practicantes familiares permitiendo de esta manera alcanzar un nivel aceptable de salud mental que formó parte del desarrollo de la comunidad, un alcance para todos los habitantes.

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Diagrama N° 5: Rol del Psicólogo en Prevención Indicada.



Se infiere (ver la tabla n° 2 y diagrama n° 5), que el Rol del Psicólogo consistió en realizar intervenciones indicadas, ya que el Programa se dirigió a aquellos individuos que manifestaron los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“Se puede detectar la esquizofrenia teniendo en cuenta a sujetos que presentan los síntomas de la fase prodrómica, la cual se denomina actualmente estado



mental en riesgo, presentándose con ánimo depresivo, perturbación del sueño, aislamiento social, síntomas psicóticos atenuados como déficit de la percepción y del procesamiento de la información.”

“Los especialistas pueden prevenir el principio de la esquizofrenia teniendo en cuenta a los individuos que no pueden resolver ciertas situaciones altamente estresantes.”

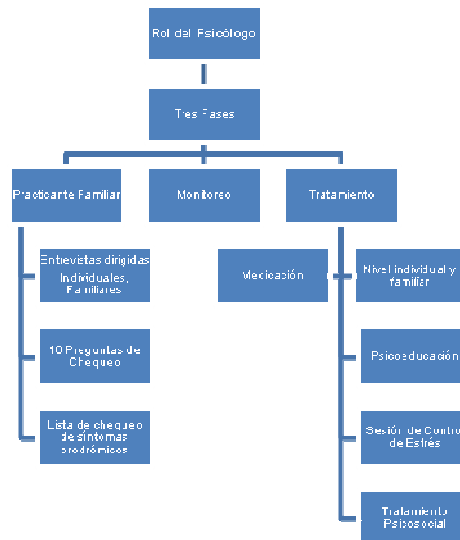
“Poder determinar estos síntomas es fundamental ya que servirá como un indicador de advertencia de psicosis.”

A través de la prevención indicada los practicantes familiares intervinieron tempranamente e identificaron los síntomas de la fase prodrómica, los cuales se caracterizan por ser inespecíficos y difícil de diferenciar.

Categoría 3: Estrategias de Intervención Temprana

Subcategorías: Técnicas Psicológicas / Monitoreo / Tratamiento.

Diagrama Nº 6: Rol del Psicólogo en las Estrategias de Intervención Temprana.



A partir de los resultados obtenidos se infiere (ver tabla nº 2 y diagrama nº 6), que el Rol del Psicólogo se llevó a cabo en tres fases.

La primera fase consistió en la identificación de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia a través de la visita domiciliar de los



practicantes familiares. Implementaron entrevistas tanto a los pacientes como a los familiares, con la finalidad de obtener información sobre los síntomas, factores de riesgo como existencia de historia familiar de psicosis, factores estresantes y la vulnerabilidad biológica.

Lo anterior se manifiesta a partir de las siguientes oraciones:

"El Programa, realizó entrevistas a los pacientes y los cuidadores con el objetivo de clarificar la vulnerabilidad biológica y los factores de estrés asociados."

"La evaluación rutinaria incluyó una entrevista con las personas importantes de su ambiente social, familia o amigos."

"Los objetivos de esta entrevista fueron proporcionar mayor información, evaluar las fuerzas de apoyo de la red familiar, la comprensión que tienen los individuos sobre los trastornos mentales y el tratamiento (para que la educación pueda ser ajustada a sus niveles de comprensión), evaluar la salud mental de otros miembros familiares y su propia vulnerabilidad a los trastornos como resultado de la tensión asociado con querer a la persona perturbada."

"Los especialistas también buscaron síntomas que indicaron un alto riesgo de desarrollar esquizofrenia, por ejemplo parientes de primer grado que tuvieron algún diagnóstico de psicosis, lesiones en el nacimiento, usos de drogas, problemas del aprendizaje, disfunción en los lóbulos temporal o frontal, incoordinación motora, arranques agresivos, falta de habilidades para resolver problemas."

"Una lista de chequeo de síntomas fue proporcionada a los practicantes familiares: marcado comportamiento extraño, pérdida de expresión de sus sentimientos, discurso difícil de seguir, significativa preocupación por ideas extrañas, ideas autoreferenciales, persistente sentimientos de irrealidad, cambios en la manera de manifestar las cosas."

"Los practicantes familiares identificaron síntomas prodrómicos mediante 10 preguntas de chequeo con un adecuado entrenamiento."

"1)-¿Como has dormido la semana pasada?

¿Has tenido alguna dificultad para despertarte?

¿Has tenido alguna dificultad al dormir?

2)-¿Has tenido últimamente pérdida de energía e interés?

3)- ¿Has estado demasiado preocupado sobre los problemas diarios?

4)-¿Has perdido últimamente tu apetito? Pérdida de 2 o mas kilogramos.

5)-¿Has tenido dificultad de concentración en la lectura o en mirar televisión?



6)-¿Cómo ves tu futuro?

7)-¿Has sentido últimamente palpitaciones, sentir estar nervioso, agitación, confundido o aturdido acompañado de sentimientos de temor o miedo?

8)-¿Tienes algunos hábitos extraños como controlar y limpiar mas que otras personas?

9)-¿Alguien ha comentado, observado que tu lenguaje es extraño o dificultoso de entender?

10)-¿Has tenido alguna experiencia de oír voces de personas hablando cuando nadie las ha oído?"

Se observa que las preguntas se caracterizaron por ser estructuradas presentando las mismas preguntas a los pacientes y con un final abierto, lo que permitió una respuesta libre del sujeto, dándole al entrevistado la oportunidad de contestar a partir de su propia experiencia.

En cambio las entrevistas realizadas para obtener información sobre los factores de riesgo, se caracterizaron por ser menos estructuradas, pero guiadas por diferentes puntos de interés los cuales se fueron explorando en el curso de la entrevista.

Se evidencia que las entrevistas fueron realizadas teniendo como sustento la multicausalidad de la etiología, modelo de la vulnerabilidad, de esta manera se obtuvieron datos que permitieron a los practicantes familiar realizar un diagnóstico temprano de esquizofrenia.

En la segunda fase el Rol del Psicólogo consistió en realizar un seguimiento a los pacientes que fueron identificados con un estado mental en riesgo.

En las siguientes oraciones se advierte lo anterior:

“Los terapeutas de salud mental dirigieron la evaluación tanto clínica como social a los 3, 6, 12 y 24 meses después de completar la resolución del estado prodrómico.”

“Después de 24 meses libres de deterioro psiquiátrico y problemas psicológicos, los pacientes fueron transferidos de nuevo al monitoreo de los practicantes familiares.”

“En los cuatro años de seguimiento se detectaron 16 personas con síntomas prodrómicos y una a quien se le diagnosticó esquizofrenia.”

En la tercera fase el Rol Psicólogo consistió en implementar tratamiento psicológico tanto a nivel individual y familiar de acuerdo a los diagnósticos



realizados conjuntamente con los practicantes familiares durante las visitas domiciliarias con las diferentes estrategias:

- Psicoeducación.
- Sesiones de control de estrés.
- Tratamiento psicosocial.

Las estrategias de psicoeducación se evidencian a partir de las siguientes oraciones:

“Los pacientes y los practicantes familiares asistieron a un seminario informativo que explicaba las razones de las intervenciones tempranas.”

“Las características de los síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia, medicamentos y métodos de tratamiento psicosocial fueron discutidos.”

“Se enfatizó en la alta probabilidad de remisión y recuperación del tratamiento a largo plazo, así como de los beneficios de apoyo de la familia, amigos y el cuidado en casa de 24 horas.”

“El objetivo de la Psicoeducación fue mejorar la colaboración entre pacientes, practicantes familiares y profesionales.”

“Se concluyó en la reunión educativa que era óptimo un control de situaciones estresantes, tener en cuenta la vulnerabilidad y los factores que pudieron haber activado la condición del ambiente.”

“Cuando la sesión de psicoeducación fue completada se pidió el consentimiento informado para implementar las estrategias de intervención temprana.”

Se observa que el Psicólogo evaluó mediante las sesiones de control de estrés los factores estresantes que influían en la vulnerabilidad biológica, y de esta manera realizó las estrategias terapéuticas necesarias para afrontar las situaciones.

Lo anterior se manifiesta en las siguientes oraciones:

“Cuando se identificaban eventos de vida precipitantes y los factores estresantes del ambiente se tomaron las medidas terapéuticas necesarias.”

“Las sesiones de control del estrés fueron dirigidas de acuerdo con el modelo de Hogar de Stein y Test.”

“Se enseñó a la familia a resolver de manera eficaz los problemas a través del modelo de Terapia Familiar de Falloon y Colleague (1984).”

“Las estrategias de control de estrés fueron continuadas hasta que los síntomas remitieron.”

“Se realizaba una reunión a la semana en el hogar.”



“Las sesiones de control del estrés incluían a los practicantes familiares, quienes realizaban un cuidado intensivo en el hogar, supervisadas por un equipo de profesionales constituidos por psicólogos y psiquiatras.”

Teniendo en cuenta que la emoción expresada es la forma de reaccionar ante una persona que presenta un comportamiento conflictivo o complicado de aceptar y que esta relacionado directamente con la aparición y el mantenimiento de la tensión se evidencia que el Psicólogo debió determinar si la emoción expresada ante los comportamientos que manifestaba el sujeto era alta o baja y entorno a que elementos se expresaba como comentarios críticos, hostilidad o sobreinvolucramiento emocional, ya que cuando la tensión es alta en el hogar los pacientes tienen mayor probabilidad de manifestar los síntomas de la fase prodrómica, actuando sobre la vulnerabilidad de la persona.

Lo anterior se aprecia en las siguientes oraciones:

“Las mediciones de las situaciones estresantes es posibles realizarlas usando el índice de emoción expresada, el cual abarca los mayores factores del ambiente estresante.”

Los Psicólogos realizaron tratamiento psicosocial a los pacientes abarcando desde la mejora de la competencia social hasta la creación de redes de apoyo social.

Lo anterior se advierte en las siguientes oraciones.

“En los casos en los cuales persistía, se realizaban mas tratamiento psicosocial.”

“Las drogas y las estrategias psicosociales son efectivas ya que modifican los síntomas de la esquizofrenia.”

“El Tratamiento retrasa las consecuencias negativas de la enfermedad.”

Considerando que la pobreza o el deterioro del funcionamiento social han sido reconocidos como sustanciales en la fase prodrómica de la esquizofrenia y como un potente predictor de resultado a largo plazo, se advierte que fue fundamental la implementación de estrategias psicosociales.

Las cuales consistieron en ayudar a la persona a encontrar nuevas vías de desarrollo personal para restablecer relaciones personales, lograr el desarrollo y reforzamiento de las conductas sociales, de la capacidad que tiene una persona para cuidarse de si mismo y desempeñar una serie de roles socialmente definidos en una determinada cultura, reducción del estrés y de las



dificultades que experimentan las personas que manifiestan los síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia en su interacción social.

La finalidad de las estrategias fue prevenir la manifestación de un primer episodio psicótico logrando de esta manera una promoción global de las habilidades y los recursos de la persona, ya que el inicio de la fase prodrómica interfiere con el desarrollo de la red social del sujeto.



2.3 Descripción del Rol del Psicólogo en el Programa E.P.A.C.T según las categorías: Área de Intervención, Prevención, Estrategias de Intervención Temprana.

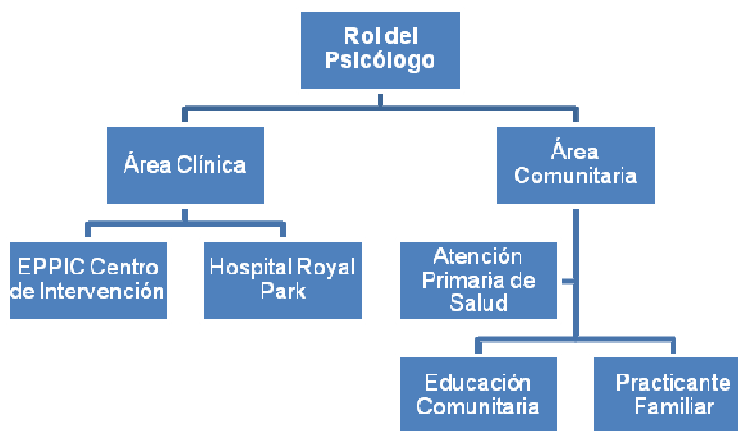
Tabla N° 3: Codificación y porcentajes de cada categoría.

Programa E.P.A.C.T	Categorías								Total
	Área de Intervención		Prevención			Estrategias de Intervención Temprana			
	CL	C	U	S	I	T	M	TR	
Nº	3	6	0	0	4	1	1	17	32
%	9%	19%	0%	0%	13%	3%	3%	53%	100%

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica / Área de Intervención Comunitaria.

Diagrama N° 7: Rol del Psicólogo en el Área Clínica y Comunitaria.



A partir de los resultados se advierte (ver tabla nº 3 y diagrama nº 7), que el Rol del Psicólogo en el Programa se llevó a cabo en el área clínica ya que realizó sus estrategias de intervención temprana en un Centro de Intervención E.P.P.I.C y en el Hospital “Royal Park” Melbourne; Australia.



Lo anterior se manifiesta en las siguientes oraciones:

“La Evaluación Precoz de la Psicosis y el Equipo de Atención (E.P.A.C.T) fue una parte integral de la Prevención de la Psicosis y del Centro de Intervención (E.P.PI.C).”

“El Servicio E.P.A.C.T fue provisto por un Psicólogo, un Psiquiatra y por dos enfermeras de la comunidad (población del área de captación 800.000 habitantes).”

“Los pacientes fueron atendidos en la Unidad Autrey Lewis Servis en el Hospital Royal Park, Melbourne, Australia.”

Además, se observa que el Rol del Psicólogo también se desempeñó en el área comunitaria dirigiendo sus estrategias en los ámbitos locales de la comunidad considerando fundamental la atención primaria de la salud, dotando de una preparación anticipada a las personas y grupos comunitarios en actividades integradas y planificadas como educación comunitaria, entrenamiento a practicantes familiares para la identificación de personas que manifiestan los primeros síntomas prodrómicos de la esquizofrenia.

Lo descrito se evidencia en las siguientes oraciones:

“Promovió además una educación comunitaria: talleres, conferencias, seminarios y discursos que describían los síntomas y señales psicóticas, cuando se debe sospechar de psicosis en desarrollo, promoviendo de esta manera los factores de riesgo.”

“Redució el estigma asociado con la psicosis a través de la educación comunitaria: naturaleza de la esquizofrenia, su tratamiento y prognosis.”

“Este programa de educación se dirigió a los practicantes generales y otros profesionales de atención primaria, profesores, asesores escolares y universitarios, a personal que trabajó en el sistema judicial, el clero, entre otros.” (Se refiere a practicantes generales a todos los especialistas de la salud mental como psicólogos, psiquiatras que realizaron el tratamiento doméstico).

“Es un programa de educación comunitaria que buscó incrementar la consciencia de las instituciones.”

Se infiere que su accionar se llevó a cabo en coordinación con los demás sectores de la comunidad.

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Diagrama N° 8: Rol del Psicólogo en Prevención Indicada.



Se infiere (ver tabla n° 3 y diagrama n° 8), que el Rol del Psicólogo consistió en realizar intervenciones indicadas en el programa E.P.A.C.T, ya que dirigió sus estrategias a adolescentes que manifestaron los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Lo anterior se advierte en las siguientes oraciones

“El E.P.A.C.T facilitó el reconocimiento precoz de las personas que presentaron síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia para prevenir un primer episodio.”

“Consideraron que existen estados precursores que confieren un mayor riesgo de progresión hacia la esquizofrenia, por lo cual es fundamental realizar una prevención indicada.”

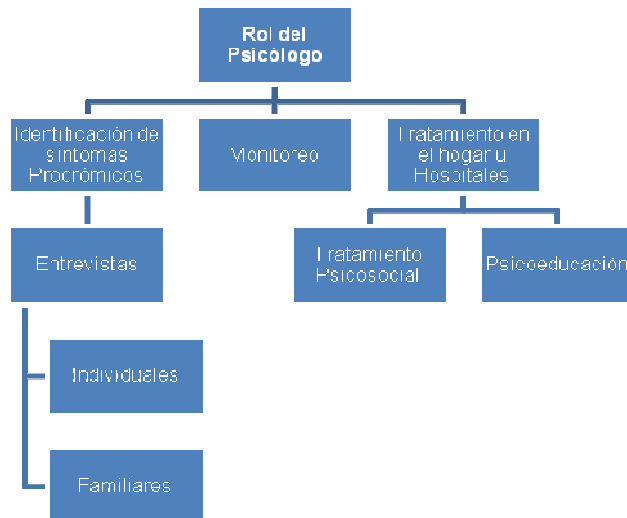
“La intervención efectiva del E.P.A.C.T se realizó en personas que están en un estado mental en riesgo.”

“La Evaluación Precoz de la Psicosis y el Equipo de Atención (E.P.A.C.T) apuntó a facilitar la identificación y referencia para adolescentes que exhibieron signos precoces de esquizofrenia.”

Categoría 3: Estrategias de Intervención Temprana

Subcategorías: Técnicas Psicológicas / Monitoreo / Tratamiento.

Diagrama N° 9: Rol del Psicólogo en las Estrategias de Intervención Temprana.



Los resultados permiten inferir (ver tabla n° 3 y diagrama n° 9), que el Rol del Psicólogo consistió en aplicar técnicas psicológicas como entrevista individuales y familiares para identificar a personas que manifestaron los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia, monitorear los cambios de la sintomatología de los pacientes.

Lo anterior advierte en las siguientes oraciones:

“Promovió el reconocimiento de la esquizofrenia entre los practicantes generales y los otros especialistas mediante la aplicación de entrevistas en el hogar como en el Hospital.”

“El programa consideró importante la introducción precoz de los practicantes para asegurar la supervisión.”

El Rol del Psicólogo también consistió en implementar tratamiento psicossocial y psicoeducación en el hogar o en Centro E.P.P.I.C, Hospital dependiendo de cada caso.



Se evidencia en las siguientes oraciones:

“Reduce el abandono precoz del tratamiento.”

“Permitió el tiempo suficiente para comprometer a los pacientes con el tratamiento.”

“Promovió el tratamiento doméstico más que el hospitalario.”

“Redució la angustia a la familia, adoptando medidas para reducir el trauma, brindó consejo práctico, apoyo y psicoeducación para los pacientes y sus familias en el momento del contacto inicial.”

“Un interés importante esta promoviendo el compromiso del paciente con la terapia.”

“En los casos donde una persona joven pueda requerir muchas semanas para ser capaz de reconocer la necesidad del tratamiento y para desarrollar la motivación suficiente para asistir a citas regulares, se brindó el tratamiento basado en el hogar y además apoyo donde sea posible junto con el transporte hacia la clínica.”

“El E.P.A.C.T pretendió llegar a las familias y proveer Psicoeducación que enfatice que las familias no son culpables y que se dispone de la ayuda.”

“El Tratamiento psicosocial conjuntamente con psicofármacos reduce la aparición de un primer episodio psicótico.”

Se infiere que es fundamental el tratamiento psicosocial ya que los pacientes que manifiestan los primeros síntomas de la fase prodrómica pueden aprender y desarrollar una amplia gama de competencias instrumentales y sociales, como habilidades de relación, autocuidado, ya que el déficit en la funcionalidad social es un síntoma precursor de la esquizofrenia.

La psicoeducación permite la provisión de información acerca de la naturaleza, causas, evolución, tratamiento de la enfermedad y el soporte a los familiares y enfermos de una forma estructurada, de esta manera se mejora la comunicación familiar, se refuerza y mejora las actitudes de afrontamiento ante el estigma, desmoralización y aislamiento a los que se enfrentan a menudo las familias que conviven con personas que empiezan a manifestar síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.



2.4 Descripción del Rol del Psicólogo en el Programa R.A.P según las categorías: Área de Intervención, Prevención, Estrategias de Intervención Temprana.

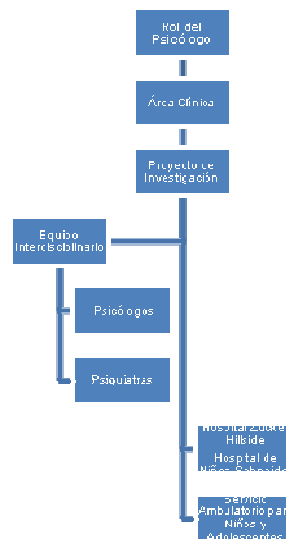
Tabla N° 4: Codificación y porcentajes de cada categoría.

Programa R.A.P.	Categorías								Total
	Área de Intervención		Prevención			Estrategias de Intervención Temprana			
	CL	C	U	S	I	T	M	TR	
Nº	3	0	0	0	9	22	12	9	55
%	6%	0%	0%	0%	16%	40%	22%	16%	100%

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica / Área de Intervención Comunitaria.

Diagrama N° 10: Rol del Psicólogo en el Área Clínica.



A partir de los resultados obtenidos se advierte (ver tabla n° 4 y diagrama n° 10) que el Rol del Psicólogo en el Programa se realizó en el área clínica, participando en un proyecto de investigación, el cual se llevó a cabo en



el Hospital Zucker Hillside y en el Hospital de Niños Schneider del Sistema de Salud del Hospital Judío de la Costa Norte y de Long Island en Nueva York, Estados Unidos.

El equipo de trabajo del Programa fue interdisciplinario, compuesto por tres psicólogos con dedicación exclusiva y por tres psiquiatras. Desde los conocimientos de sus respectivas disciplinas cada profesional aportó estrategias específicas para la intervención temprana.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“Todos los jóvenes aceptados en el programa R.A.P están buscando tratamiento y la mayoría han sido calificados por el staff inscripto del Hospital de Niños Schneider y del Servicio Ambulatorio para Niños y Adolescentes.”

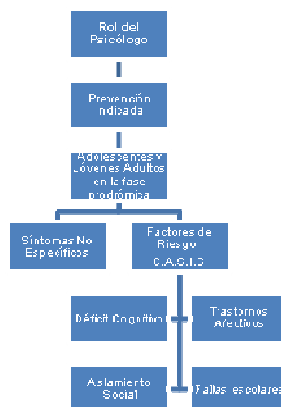
“El equipo interdisciplinario está compuesto por tres psiquiatras y tres psicólogos con dedicación exclusiva.”

Reclutaron adolescentes y jóvenes adultos de alto riesgo clínico que buscaban tratamiento, con el objetivo de determinar si remediando el déficit temprano se reduciría substancialmente la probabilidad de que se desarrollara con posterioridad la esquizofrenia.

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Diagrama Nº 11: Rol del Psicólogo en Prevención Indicada.



Se infiere en función de los resultados (ver tabla nº 4 y diagrama nº 11) que el Rol del Psicólogo en esta instancia, consistió en realizar intervenciones



indicadas, ya que dirigió sus estrategias preventivas a adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 12 a 22 años, que manifestaban síntomas no específicos de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“La Clínica R.A.P trata adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 12 y 22 años (con un foco primario en las edades de 14 a 18 años) quienes se considera están en la etapa prodrómica de la esquizofrenia.”

“Los adolescentes prodrómicos, en general, se caracterizan por un consistente y un alto nivel de síntomas negativos y problemas no específicos de conducta.”

“El Programa de Reconocimiento y Prevención R.A.P, sigue la estrategia de estar igualmente preocupado por los síntomas no específicos, reflejando el núcleo de la esquizofrenia y directamente relacionados a la psicosis.”

La concepción del neurodesarrollo de la esquizofrenia aportó al equipo de trabajo del Programa R.A.P un fundamento teórico implícito para la intervención temprana durante la etapa prodrómica y advirtió sobre la importancia de determinar los factores de riesgo que reflejaban el núcleo de la vulnerabilidad.

Lo descrito se advierte a partir de las siguientes oraciones:

“Cuatro factores de riesgo derivados de la literatura del neurodesarrollo, fueron seleccionados para reflejar el núcleo de vulnerabilidad: déficit cognitivos, trastornos afectivos, aislamiento social y fallas escolares.”

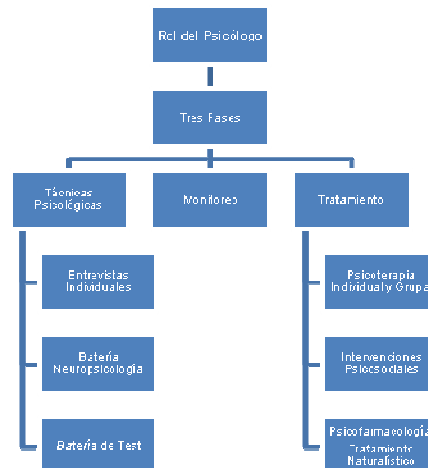
“Esta agrupación de consonantes C.A.S.I.S., claramente no incluye todos los signos y síntomas asociados con la pre-enfermedad y con la vulnerabilidad prodromal, en cambio, éste se enfoca en los factores de riesgo que parecen ser particularmente buenos objetivos para futuras intervenciones.”

Se evidencia que el Psicólogo debió tener en cuenta para prevenir la enfermedad a sujetos que presentaron estos factores de riesgo: déficit cognitivos, trastornos afectivos, aislamiento social y fallas escolares, los cuales son precursores importantes de la esquizofrenia.

Categoría 3: Estrategias de Intervención Temprana.

Subcategorías: Técnicas Psicológicas / Monitoreo / Tratamiento.

Diagrama Nº 12: Rol del Psicólogo en las Estrategias de Intervención Temprana.



Se infiere (ver tabla nº 4 y diagrama nº 12), que el Rol del Psicólogo en las estrategias de intervención temprana, se llevó a cabo en tres fases.

La primera fase consistió en detectar y seleccionar adolescentes y jóvenes adultos en alto riesgo de padecer esquizofrenia, que estaban buscando tratamiento. La muestra de investigación de 62 sujetos (Fase Piloto Inicial) fue conformada a partir de la aplicación de entrevistas individuales a los adolescentes, con la finalidad de diagnosticarlos como prodrómicos de acuerdo a los criterios de inclusión del programa. También se entrevistó a los padres de los pacientes para obtener más datos sobre los síntomas que permitieran elaborar un diagnóstico preciso y adecuado.

Lo anterior se evidencia a partir de las siguientes oraciones:

“Los datos fueron recolectados de 62 adolescentes (cuya edad promedio era: 16,4 años de edad) durante la Fase Piloto Inicial del programa R.A.P.”

“Las entrevistas son importantes para obtener una descripción completa, para poder realizar un diagnóstico preciso y elaborar planes de tratamiento apropiados.”

“Las entrevistas tienen una duración de 2,5 a 4 horas aproximadamente y son realizadas con los jóvenes y los padres por separado.”



La Batería Neurocognitiva fue otra técnica de gran utilidad seleccionada y utilizada por los Psicólogos, para conformar la muestra. La misma evaluó como trabajaban ciertas áreas del cerebro, la memoria, las habilidades de razonamiento y el desempeño motor, y procuraba investigar problemas en el funcionamiento cognitivo, entendiendo que este tipo de dificultades son una característica de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

A partir de las siguientes oraciones se manifiesta lo anteriormente dicho:

“La Batería Neurocognitiva ha sido seleccionada específicamente para investigar los problemas en el funcionamiento cognitivo que pueden estar relacionado con dificultades emocionales inespecíficas.”

“Los sujetos en los tres grupos fueron afectados a controles de relativos a normales a través de un amplio rango de tareas neurocognitivas.”

Los Psicólogos intentaron clarificar la fase prodrómica dividiendo la muestra total en subgrupos relativamente homogéneos, a los cuáles le aplicaron una serie de Test Psicológicos: la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS), el Test de Desempeño Continuo, Parejas Idénticas (CTP-IP) y el Test de Clasificación de Fichas de Wisconsin.

Lo anterior se observa en las siguientes oraciones:

“Los síntomas positivos y negativos atenuados son medidos por la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS).”

“Todos los ítems SOPS están rankeados en una escala que va de 0 (no presente) a 6 (intensidad extrema o psicótica), con pruebas específicas y puntos de referencia provistos para determinar el nivel de severidad.”

“Sumamos los cinco puntos de partida SOPS de ítems positivos (rango posible de 3 a 25) y examinamos la distribución de los puntajes totales resultantes para los sujetos en el grupo CHR +.”

“La presencia de uno o más síntomas positivos atenuados a un nivel moderado o por debajo, es excluyente para el grupo CHR -.”

“Los sujetos del grupo CHR + que tengan puntajes totales de 3 a 9, se considera que tienen Síntomas Positivos Atenuados de Severidad Moderada y se referirá a ellos como CHR + mod.”

“Los sujetos con puntajes de 10 o más, se considera que tienen Síntomas Positivos Atenuados Severos (pero no psicóticos) y se referirá a ellos como CHR + sev.”



“Los puntajes SOPS de síntomas negativos fueron la base para seleccionar los sujetos CHR -, pero no formaron parte en la selección o diferenciación de los grupos CHR +.”

“El desempeño en el Test de Desempeño Continuo, Parejas Idénticas (Continuous Performance Test, Identical Pairs: CTP-IP) y el Test de Clasificación de Fichas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test: WCST) se muestra en la figura 4, para los tres grupos de riesgo prodrómico.”

La muestra de 62 sujetos fue dividida en tres grupos de alto riesgo caracterizados por Síntomas no específicos y negativos (aislamiento social, fallas escolares; n= 20, 32%), Síntomas positivos emergentes atenuados de intensidad moderada (n= 23, 37%) y Síntomas positivos severos atenuados pero no pre-psicóticos (n= 19, 31%). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación a la edad, coeficiente intelectual (IQ) o estatus socioeconómico.

En la segunda fase el Rol del Psicólogo consistió en seguir y registrar gráficamente el curso de la enfermedad, realizando una supervisión constante y periódica a lo largo de aproximadamente 12 meses (con un mínimo de 6 meses), con la finalidad de evaluar e identificar síntomas, factores de riesgo y predictores de la enfermedad.

La monitorización de los síntomas de los adolescentes permitió a los Psicólogos determinar predictores potenciales de desarrollar esquizofrenia.

Lo anterior se demuestra a partir de las siguientes oraciones:

“La figura 6 describe los resultados iniciales (el promedio tuvo un seguimiento de aproximadamente un año).”

“Estos estudios son típicamente designados para seguir y registrar gráficamente el curso de las enfermedades e identificar factores de riesgo y predictores de la enfermedad.”

“En este análisis están incluidos 48 sujetos en la Fase 1 con un seguimiento mínimo de 6 meses, al tiempo en que la base de datos fue cerrada (CHR -, n=14; CHR + mod., n=19 y CHR + sev., n=15).”

“Con seguimiento continuo, los casos falsos positivos, serán identificados y servirán como control para refinar nuestro perfil de factor de riesgo.”

“Si el CHR - es una válida fase temprana del desarrollo de la esquizofrenia, el riesgo se incrementará con el seguimiento continuo.”



La monitorización de los pacientes a lo largo de los meses permitió a los Psicólogos determinar diagnósticos de seguimiento durante este período, conociendo de este modo el curso que siguió la enfermedad en cada uno de los adolescentes que formaron parte de la muestra de investigación.

Las siguientes oraciones permiten observar lo manifestado con anterioridad:

“El 47% (7/15) de CHR + sev., el 11% (2/19) de CHR + mod. y el 0% de CHR- quedan de este modo lejos de convertirse en psicosis.”

“Un adolescente CHR - ha progresado a CHR + mod. y otro CHR + mod. ha progresado a CHR + sev.”

“De los dos adolescentes CHR + mod., uno se estabilizó como CHR + sev. antes de progresar más lejos.”

“Los resultados para los jóvenes más sintomáticos fue, no obstante, más cauteloso, con casi la mitad del grupo (47%), convirtiendo a la esquizofrenia en una gama de trastornos psicóticos.”

Los Psicólogos del equipo R.A.P concluyeron luego del período de seguimiento, que el deterioro clínico observado en los pacientes seguía los tipos de transiciones predecidas por su modelo: Trastornos dentro del Espectro Esquizofrénico.

La siguiente oración brinda evidencia sobre lo dicho:

“Como esperábamos las conversiones han sido todos trastornos psicóticos dentro del espectro esquizofrénico.”

La tercer fase de las estrategias de intervención temprana implementadas por los Psicólogos, consistió en el Tratamiento de los síntomas tempranos y no específicos de los adolescentes y jóvenes adultos que estaban atravesando la fase prodrómica de la esquizofrenia.

La finalidad de estos profesionales era reducir el alto riesgo que presentaban los pacientes a desarrollar esquizofrenia y eliminar el déficit e incapacidades asociados a la enfermedad.

Esto se demuestra a partir de las siguientes oraciones:

“La intervención inmediata se necesita para adolescentes que tienen dificultades cognitivas, están depresivos y experimentan incrementos en los niveles de aislamiento social y problemas en el colegio.”

“La Intervención Cognitiva Temprana puede reducir múltiples componentes de la vulnerabilidad.”



“Establecer el tipo más efectivo de tratamiento para este síndrome, es el foco del proyecto naturalístico de la investigación de la Clínica R.A.P.”

“Los dos objetivos interrelacionados del tratamiento temprano son reducir el riesgo de una psicosis futura mientras se eliminan las incapacidades sociales asociadas con los déficit de vulnerabilidad.”

Los resultados demuestran que el equipo interdisciplinario del programa R.A.P seleccionó una variedad de tratamientos para la atención de los pacientes, según las necesidades individuales de los mismos y los conocimientos y el juicio clínico del profesional.

En función del tratamiento naturalístico los Psiquiatras basaron su trabajo en la terapia farmacológica con antidepresivos y antipsicóticos. El modelo de trabajo del programa R.A.P les permitió prescribir la medicación que cada profesional independientemente, considerara apropiada según su experiencia clínica, sin seguir el protocolo de investigación.

Los Psicólogos proporcionaron los Tratamientos Psicoterapéuticos.

Brindaron terapia individual y grupal en función de las necesidades individuales, se enfocaron en el entrenamiento en habilidades sociales y en la remediación cognitiva (cambiar la situación de un individuo mediante el mejoramiento de la destreza cognitiva) y utilizaron técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual y de la Terapia Interpersonal.

Lo anterior se evidencia en las siguientes oraciones:

“La figura 7 traza un mapa de una variedad de opciones de tratamiento farmacológico y una diversidad de intervenciones psicosociales incluyendo la remediación cognitiva, la terapia cognitiva conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y ambientes de apoyo educacionales, la psicoterapia interpersonal.”

“El equipo de psicólogos proporciona terapia individual y grupal semanalmente, o según las necesidades individuales.”

“Las sesiones son comúnmente de 45 minutos de duración.”

Se infiere que es fundamental que se realicen estas intervenciones combinadas de tratamiento ya que permiten un manejo de los síntomas, una recuperación y prevención de un episodio psicótico.



Semejanzas y diferencias del Rol del Psicólogo en las categorías: Área de Intervención, Prevención, Estrategias de Intervención Temprana.

Tabla Nº 4: Porcentajes de codificación por cada Programa de Intervención Temprana.

Nombre del Programa	Categorías								Total de Porcentajes %
	Área de Intervención		Prevención			Estrategias de Intervención Temprana			
	CL	C	U	S	I	T	M	TR	
P.A.C.E	4%	0%	0%	0%	22%	29%	38%	7%	100 %
F.P	0%	24%	0%	0%	10%	16%	10%	40%	100%
E.P.A.C.T	9%	19%	0%	0%	13%	3%	3%	53%	100%
R.A.P	6%	0%	0%	0%	16%	40%	22%	16%	100%

Categoría 1: Área de Intervención.

Subcategorías: Área de Intervención Clínica / Área de Intervención Comunitaria.

Los resultados obtenidos, permiten apreciar que el Programa E.P.A.C.T desarrollo sus estrategias de intervención temprana en ambas áreas de intervención. A diferencia de los tres restantes Programas que solo realizaron las intervenciones en una sola área.

Los Programas P.A.C.E, R.A.P y E.P.A.C.T se asemejan en que se llevaron a cabo en el área clínica en Hospitales, Clínicas y Centros de Salud.

P.A.C.E: Servicio de Salud Mental para Adolescentes y Centro de Promoción de Salud para Adolescentes (Australia).

R.A.P: Hospital Zucker Hillside, el Hospital de Niños Schneider del Sistema de Salud del Hospital Judío y el Servicio Ambulatorio para niños y adolescentes (Estados Unidos).

E.P.A.C.T: Centro de Intervención E.P.P.I.C y Hospital Royal Park (Australia).

Se observa, a partir del análisis de las unidades que los Programas P.A.C.E y R.A.P son semejantes ya que ambos fueron trabajos de



investigación, con los objetivos de identificar predictores de psicosis, a diferencia del E.P.A.C.T que es un servicio de salud mental de atención permanente, que forma parte de un hospital.

Los porcentajes advierten que el Programa F.P intervino exclusivamente en el área comunitaria.

Al igual que el E.P.A.C.T dotó de una preparación anticipada a las personas y grupos comunitarios en actividades integradas, como el entrenamiento de practicantes familiares y generales, en la identificación de síntomas de la fase prodrómica en el interior de los hogares.

Categoría 2: Prevención.

Subcategorías: Prevención Universal / Prevención Selectiva / Prevención Indicada.

Los valores manifiestan que el Rol del Psicólogo fue semejante en los cuatro programas, ya que realizaron sus estrategias en el nivel de prevención indicada, dirigiendo sus acciones a aquellos individuos que manifestaron los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Los Programas P.A.C.E y R.A.P reclutaron durante un año aproximadamente, a un grupo de adolescentes y jóvenes adultos entre los 14 y 30 años, que manifestaban síntomas inespecíficos de la fase prodrómica, con la finalidad de prevenir la aparición de un primer episodio psicótico o disminuir sus consecuencias.

Los Programas E.P.A.C.T y F.P dirigieron sus estrategias preventivas a todos los adolescentes y jóvenes adultos que requerían tratamiento de su área de captación.

No se evidencian en esta categoría diferencias en el Rol del Psicólogo.

Categoría 3: Estrategias de Intervención Temprana

Subcategorías: Técnicas Psicológicas / Monitoreo / Tratamiento.

Los resultados indican que hay semejanzas en el Rol del Psicólogo en las subcategorías técnica entre los cuatro Programas, ya que utilizan



entrevistas para identificar a personas que manifestaron los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Según el análisis de contenido se evidencia que las técnicas psicológicas utilizadas en los Programas fueron entrevistas tanto individuales como familiares las cuales intentaron identificar factores de riesgo como historia familiar de psicosis, consumo de drogas, eventos de vida precipitantes, complicaciones obstétricas, factores estresantes. Buscaban evaluar e identificar los síntomas prodrómicos del paciente y adquirir información sobre el sistema familiar.

Los Psicólogos en el Programa R.A.P a diferencia de los demás Programas, aplicaron una Batería Neurocognitiva en la etapa diagnóstica.

Además los Psicólogos de los Programas P.A.C.E y R.A.P utilizaron escalas de medición para evaluar e identificar síntomas a diferencia de los dos restantes.

En esta categoría también se observa que en los cuatro Programas los Psicólogos realizaron un monitoreo de los pacientes para una supervisión constante en el tiempo de los cambios sintomatológicos de los pacientes mediante técnicas psicológicas y de esta manera poder determinar un diagnóstico.

Con relación a los Programas P.A.C.E y R.A.P se advierte que utilizaron escalas para realizar el monitoreo durante el tiempo que duro la investigación.

A diferencia los programas F.P y E.P.A.C.T los Psicólogos no administraron escalas en la fase de monitorización, aplicaron entrevistas para obtener información y supervisar a los pacientes.

En relación a la subcategoría tratamiento se infiere que el Programa P.A.C.E a diferencia de los tres restantes realizó solamente apoyo psicológico a los pacientes y a partir de los resultados de la investigación sugieren que es fundamental que personas que manifiestan síntomas de la fase prodrómica o que manifestaron un primer episodio psicótico realicen tratamiento psicosocial combinado con psicofármacos.

Los Programas R.A.P, E.P.A.C.T y F.P son semejantes en que el Psicólogo realizó tratamiento psicosocial tanto a nivel individual y familiar de



acuerdo a las necesidades de cada paciente. Los Programas E.P.A.C.T y F.P realizaron psicoeducación.

Los cuatro Programas consideran que para una efectiva intervención temprana en la fase prodrómica es fundamental que se realice tratamiento psicoterapéutico combinado con psicofármacos.



4. Conclusión.

Los resultados arrojados mediante el análisis de contenido evidencian que el Rol del Psicólogo consistió en la participación en cuatro Programas de Intervención Temprana los cuales se llevaron a cabo en el área clínica y/o comunitaria. Las acciones anticipadas se dirigieron a nivel de prevención indicada y desarrollaron estrategias de intervención temprana que consistieron en la identificación de sujetos que estaban en la fase prodrómica de la esquizofrenia, en el monitoreo y el tratamiento precoz.

A partir del análisis profundo de los Programas E.P.A.C.T y F.P se infiere que el Rol de Psicólogo consistió en la participación en Programas de salud pública, dirigidos a ámbitos locales de la comunidad como escuelas, iglesias, policía, etc. El objetivo principal de dichos Programas fue dotar de una preparación anticipada, que capacitara en la identificación, detección, diagnóstico y tratamiento de los síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia al equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras y a un grupo de practicantes que intervenían en el hogar del paciente (denominados practicantes familiares y generales).

El Psicólogo también realizó talleres educativos, que tenían como finalidad psicoeducar a las instituciones de la comunidad sobre que es la esquizofrenia, cuales son sus signos y síntomas tempranos. Procurando crear consciencia y sospecha ante una persona que manifestaba estos signos, e incentivando a que acudieran y consultaran al equipo de profesionales y practicantes, quienes evaluaban y diagnosticaban al sujeto.

Los resultados obtenidos permiten apreciar que los Psicólogos en los Programas R.A.P, P.A.C.E y E.P.A.C.T desarrollaron sus intervenciones tempranas en el área clínica, en los servicios de salud mental de Hospitales y Centros de Salud.

Los estudios de investigación desarrollados por los Programas P.A.C.E y R.A.P en el área clínica, son de gran importancia y trascendencia ya que permiten adquirir nuevos conocimientos sobre los síntomas y/o predictores de psicosis a tener en cuenta para una posible detección precoz y el tipo de



tratamiento a implementar para prevenir o reducir los riesgos de un primer episodio esquizofrénico.

Los datos obtenidos indican que el Psicólogo en los cuatro Programas realizó Prevención Indicada, identificando a adolescentes y jóvenes adultos que manifestaban los primeros síntomas de la fase prodrómica de la esquizofrenia, con el objetivo de intervenir tempranamente.

El análisis de contenido manifestó que en los cuatro Programas el Psicólogo desarrolló Estrategias de Intervención Temprana en tres fases: En un primer momento identificaron y seleccionaron a adolescentes y jóvenes adultos que manifestaban síntomas inespecíficos de la esquizofrenia, a través de técnicas psicológicas tales como entrevistas individuales y familiares y/o baterías de test.

Las entrevistas individuales que realizó el Psicólogo en el Programa F.P, fueron altamente estructuradas. Consistían en 10 preguntas estandarizadas, que se proponían indagar y detectar exclusivamente síntomas prodrómicos de la esquizofrenia.

Asimismo, al igual que el R.A.P, el P.A.C.E y el E.P.A.C.T utilizó entrevistas semiestructuradas, guiadas por diferentes puntos de interés que permitían recolectar información sobre la sintomatología general del paciente, los factores de riesgo (déficits cognitivos; trastornos afectivos; aislamiento social; fallas escolares; ajuste premórbido pobre; fase adolescente o adultez joven; abuso de drogas; eventos de vida) que actuarían sobre la vulnerabilidad genética precipitando la aparición de un primer episodio psicótico.

En las entrevistas familiares los Psicólogos buscaban evaluar y conocer el sistema de funcionamiento y apoyo familiar, el nivel de estrés dentro del hogar y fundamentalmente la existencia de historia familiar de psicosis y complicaciones obstétricas.

Con respecto a las escalas utilizadas en los Programas R.A.P y P.A.C.E para identificar los síntomas de los pacientes, los resultados arrojaron los siguientes datos:

- Scale of Prodromal Symptoms (SOPS).
- Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS).
- Continuous Performance Test, Identical Pairs (CTP-IP).



- Wisconsin Card Sorting Test (WCST).
- Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH).
- Conceptual Disorganisation Scale (BPRS).
- Global Assessment of Functioning (GAF).

Los datos obtenidos por medio de las entrevistas familiares e individuales y las escalas psicológicas, le permitieron a los Psicólogos de los Programas R.A.P y P.A.C.E conformar la muestra de investigación para realizar el estudio.

Una vez identificados claramente los síntomas inespecíficos de la fase prodrómica de la esquizofrenia, los Psicólogos en los cuatro Programas realizaron un monitoreo periódico y constante de los mismos.

Durante este segundo momento evaluaron la evolución y los cambios en la sintomatología durante el periodo de seguimiento, arribando a nuevos diagnósticos.

Los resultados obtenidos mediante el análisis de contenido indican que en el Programa P.A.C.E el Psicólogo diagnóstico durante los 12 meses de seguimiento:

- Veinte sujetos con psicosis, de los cuales:
 - Trece sujetos tuvieron un principio de esquizofrenia.
 - Tres casos psicosis afectiva (un trastorno bipolar, dos trastornos depresivos mayores con rasgos psicóticos).
 - Un caso desarrollo esquizofrenia afectiva (tipo depresiva).
 - Uno tuvo psicosis corta con una duración más de una semana.
 - Dos casos de trastorno psicótico no especificado.
- Los 29 restantes no psicóticos, 12 no tuvieron un diagnóstico a los 12 meses, 15 tuvieron otros diagnósticos no psicóticos (principalmente trastornos de ansiedad) y 2 no se especifico el diagnostico.
- El diagnóstico final de dos sujetos fueron no definidos.

En el Programa R.A.P el análisis demostró que:

- El 47% del grupo se convirtió a la esquizofrenia.

Los datos obtenidos del Programa F.P fueron los siguientes:

- Se detectaron 16 personas con síntomas prodrómicas y una a quien se le diagnostico esquizofrenia.



Sin embargo, no podemos ofrecer información sobre los diagnósticos realizados por los Psicólogos durante este periodo en el Programa E.P.A.C.T debido a que el análisis de contenido indica que el artículo utilizado para el mismo, no brindó datos de esta índole.

Cabe aclarar que los artículos no ofrecieron el mismo tipo de información con respecto a la evolución y resultados sobre el monitoreo.

En la tercera fase los datos demuestran que los Psicólogos realizaron principalmente los siguientes tratamientos:

-*F.P.*: Psicoeducación, tratamiento psicosocial, sesiones de control de estrés. Estas estrategias fueron implementadas en el hogar del paciente.

-*E.P.A.C.T.*: Tratamiento psicosocial y psicoeducación. El espacio elegido para realizar el tratamiento fue tanto en el ámbito hospitalario o en el hogar del paciente, según las necesidades del mismo.

-*R.A.P.*: Psicoterapia individual (psicoterapia cognitiva conductual), psicoterapia grupal e intervenciones psicosociales. Los tratamientos fueron realizados en los hospitales donde se desarrollo la investigación.

En relación al Programa P.A.C.E los resultados informan que los Psicólogos brindaron solo apoyo psicológico a los pacientes y no realizaron tratamiento, sin embargo sugirieron la necesidad de implementar tratamientos psicosociales.

Cabe mencionar que los cuatro Programas proponen y efectúan la combinación de Tratamiento Psicológico en forma conjunta con Terapia Psicofarmacológica, por potenciarse los beneficios cuando son utilizados en forma combinada.

Finalmente, se destaca que es importante para una efectiva intervención temprana que el Psicólogo desarrolle estrategias en el área comunitaria, ya que permite que la sociedad se eduque sobre que es la esquizofrenia, sus causas, evolución, tipo de tratamiento, permitiendo de esta manera reducir el estigma, tomar medidas preventivas, y lograr una conciencia colectiva de enfermedad.

Es fundamental un trabajo en coordinación con los demás sectores sociales debido a que estas instituciones tienen un contacto directo con personas vulnerables a un estado mental en riesgo.



Mediante estas intervenciones se logra traspasar la asistencia de las instituciones a la propia comunidad, permitiendo a través de la Atención Primaria en Salud un alcance a toda la sociedad.

Teniendo en cuenta que el periodo prodrómico es la primera forma de trastorno psicótico, un síndrome que confiere mayor vulnerabilidad a la esquizofrenia, un estado mental en riesgo o estado precursor, el cual tiene una duración aproximada de uno a cinco años, se infiere que es el momento propicio para identificar y seguir los síntomas e iniciar el tratamiento pertinente sin demora.

Con respecto a la técnica de análisis de contenido, debe señalarse que su uso en el análisis de oraciones de artículos sobre Programas de Intervención Temprana en la Fase Prodrómica de la Esquizofrenia, reveló ser una herramienta confiable y eficaz. La técnica presenta la ventaja de permitir describir los Programas de una forma estructurada y objetiva, a pesar de la escasez de material del que disponíamos.

El presente estudio aspiró a lograr un acercamiento a los conceptos de Intervención Temprana en la Esquizofrenia, y mostrar que en Estados Unidos, Australia y Gran Bretaña Programas de esta índole son efectivos.

La aplicación de estos conceptos y nociones en nuestro medio, es un campo muy prometedor para el trabajo del Psicólogo.



4.2 **Bibliografía.**

- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. Barcelona Editorial Masson S.A.
- American Psychiatric Association (1990). *Breviario DSM-III R. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Editorial Masson, S. A.
- American Psychiatric Association (2002). *Breviario DSM-IV. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Editorial Masson, S. A.
- Anderson, C.; Douglas, R & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y Familia. Guia practica de Psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Andreasen, N. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reality [Síntomas negativos en la Esquizofrenia: Definición y realidad]. *Archives of General Psychiatry*, 39:784-788.
- Balleús Creus, C. & García Franco, M. (2002). *Hablemos Claro. Como convivir con la esquizofrenia*. Barcelona: Grijalbo Mondadori S.A.
- Birchwood, M. (1992). Early Intervention in Schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British journal of Clinical Psychology*, 31:257-278.
- Carlson, N. R. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. Cap. 16: Desordenes Mentales (3ª ed.). México: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica S.A.
- Clemente Díaz, M. (1992). *En Psicología Social: Métodos y Técnicas de Investigación*. Cap.6: El análisis de contenido: Características generales y análisis de categorial y Cap.7: Técnicas de análisis de contenido. Editorial Eudema.
- Cornblatt, B. A.; Lencz, T.; Smith, C. W.; Correll, C. U.; Auther, A. M. & Nakayama, E. (2003). The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelepmental Perspective [Una revision de la esquizofrenia prodrómica: Perspectiva del neurodesarrollo]. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4):633-651.
- Cornblatt, B. A. (2002). The New York High-Risk Project to the Hillside Recognition and Prevention (RAP) Program [Del Proyecto de Alto



- Riesgo de Nueva York al programa de reconocimiento y prevención del Hillside]. *American Journal of Medical Genetics*, 114:956-966.
- Cornblatt, B. A.; Lencz, T. & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: Treatment and high-risk perspectives [El pródromo de la esquizofrenia: Tratamiento y perspectivas de alto riesgo]. *Schizophrenia Research*, 54:177-186.
 - Costa, M. & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Editorial Martinez Roca, S.A.
 - Dally, P. (1984). *Psicología y Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial "El Ateneo".
 - Falloon, I. R. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration [Intervención temprana para los primeros episodios de la esquizofrenia: una exploración preliminar]. *Psychiatry* 55:4-15.
 - Falloon, I. R.; Kydd R.; Coverdate J. & Laidlaw T. (1996). Early Detection and Intervention for Inicial Episodes of Schizophrenia [Detección Temprana e Intervención Temprana en los Primeros Episodios de la Esquizofrenia]. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2): 271-282.
 - Ferrari, H. A. (1997). *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Córdoba: Ed. Cosmos.
 - Gonzáles de Rivera y Revuelta, J. L.; Rodríguez Pulido, F. & Sierra López, A. (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Ed. Masson-Salvat Medicina.
 - Hernández Sampieri, R.; Fernández Callado, C. & Baptista, L. (1994). *Metodología de la investigación*. Cap. 4: Definición del tipo de investigación a realizar: Básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa y Cap. 9: Recolección de Datos. Colombia: Editorial McGran-Hill.
 - Jackson, D. D. (1974). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - Leff, J. (1997). Trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 45.



- Lieberman, J. A. & Fenton, W. S. (2000). Delayed detection of psychosis: Causes, consequences, and effect on public health [Detección retrasada de la psicosis: Causas, consecuencias y efecto en la salud pública]. *American Journal of Psychiatry*, 157:1727-1730.
- Loebel, A. D.; Lieberman, J. A.; Alvir, J. M. J.; Mayerhoff, D. I.; Geisler, S. H.; and Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia [Duración de la psicosis y consecuencias en el primer episodio de la esquizofrenia]. *American Journal of Psychiatry*, 149(9): 1183-1188.
- McGorry, P. D. (2002). Manual of Detection and Diagnostic of Early Psychosis [Manual de Detección y Diagnostico de Psicosis Temprana] New Zealander: Editorial By Jansen's Pharmaceutical.
- McGorry, P. D. & Singh, B. S. (1995). Schizophrenia: Risk and possibility. In: Raphael, B., and Burrows, G. D., eds. Handbook of Preventive Psychiatry. New York: Elsevier pp. 492-514.
- McGorry, P. D. (1993). Early Psychosis Prevention and Intervention Centre [Prevención temprana de la psicosis y centro de intervención]. *Australian Psychiatry*, 1:32-34.
- McGorry, P. D. (1995). A Treatment-relevant classification of psychotic disorders [Una clasificación de tratamiento relevante de los trastornos psicóticos]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 29(4): 555-558.
- Mendlewicz, J. (1992). *Avances en Psiquiatría Biológica*. Barcelona: Editorial Masson S.A.
- Murray, P. R.; Rosenthak, K. S.; Kobayashi, G. S. & Pfaller, M. A. (2004). *Microbiología Médica*. Cap. 56: Ortomixovirus (4ª ed.). Madrid: Editorial Elsevier.
- Muuss, R. E. (1966). *Teorías de la Adolescencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza.



- Organización Mundial de la Salud (1966). *Investigaciones Genéticas en Psiquiatría. Informe de un grupo Científico de la O.M.S.* Ginebra: Serie de informes técnicos N° 346.
- Organización Mundial de la Salud (1970). *Investigaciones biológicas sobre la esquizofrenia. Informe de un grupo Científico de la O.M.S.* Ginebra: Serie de informes técnicos N° 450.
- Organización Mundial de la Salud (1991). *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales.* Ginebra: Publicación O.M.S.
- Perona Garcelán, S.; Gallach Solano, E.; Vallina Fernández, O. & Santolaya Ochando, F. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía breve para Profesionales y Familiares, Tomo I.* Valencia: Edita COPCV.
- Rebolledo Moller, S & Lobato Rodríguez, M. J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas.* Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas, métodos de intervención.* Barcelona: EUB.
- Stahl, S. M. (1998). *Psicofarmacología Esencial.* Cap. 9: Psicosis y Esquizofrenia y Cap. 10: Fármacos neurolépticos convencionales para la esquizofrenia y nuevos agentes antipsicóticos. Barcelona: Editorial Ariel.
- Vallejo Ruiloba, J. (2000). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Editorial Masson.
- Vidal Alarcón. (1986). *Psiquiatría.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Yung, A. R. & McGorry P. D. (1996a). The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects [El pródromo inicial en la psicosis: Aspectos descriptivos y cualitativos]. *Australiam and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5):587-99.
- Yung, A. R. & McGorry P. D. (1996b). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations [La fase prodrómica del primer episodio de la psicosis: Conceptualizaciones pasadas y actuales]. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2):353-370.



- Yung, A. R; Phillips L.; Yuen H.; Francey, S.; Mc Farlane C.; Hallgren M. & McGorry P.D. (2003). Psychosis prediction: 12 month follow up a high-risk ("prodromal") group [Predicción de Psicosis: 12 meses de seguimiento a un grupo de alto riesgo (prodrómicos)]. *Schizophrenia Research. Elseiver Science, 60:21-32.*