

**Nombre de alumnos:**

**Keydi Alfaro Balbuena**

**Nombre del profesor:**

**Cordero Gordillo María del Carmen**

**Nombre del trabajo:**

**Causas del Trastorno de la Esquizofrenia**

**Materia:**

**Taller de elaboración de tesis**

**Grado:**

**Noveno Cuatrimestre**

**Grupo:**

**“B”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de Febrero de 2020.

**AGRADECIMIENTO**

**A MI FAMILIA**

En primer lugar agradezco a mi familia por el apoyo incondicional, comprensión, paciencia, cariño y amor que me brindaron a lo largo de mi carrera.

 Por los esfuerzos y consejos que me brindaron en el transcurso de mi camino.

**COMPAÑEROS**

Agradezco Infinitamente a mi compañera Zulema Guadalupe kanter moreno por brindarme su apoyo cuando más lo necesitaba y a todos mis compañeros mis más sinceros agradecimientos por los momentos compartidos.

**ÍNDICE**

**INTRODUCCIÓN**……………………………………………………………………….1

**CAPÍTULO I PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Planteamiento………………………………………………………...……...…....3

1.2 Preguntas de investigación…………………………………………………....….5

1.3 Objetivos………………………………………………………………………...….6

1.4 Justificación……………………………………………………………...……...….7

1.5 Hipótesis…………………………………………………………………………....8

1.5.1 Variables………………………………………………………………….………8

1.6 Metodología……………………………………………………………………......9

**CAPÍTULO II ORIGEN Y EVOLUCIÓN**

2.1 Historia de la esquizofrenia...……………………………………………….…..12

2.2 Enfoques y tendencias teóricas…………………………………………….…..15

2.3 Síntomas……………………………………………………………………….….18

2.4 Tratamiento……………………………………………….……………………....22

2.4.1 Tratamiento Farmacológica…………………………………………………...23

2.4.2 Tratamiento Psicosocial……………………………………………………….25

2.4.3 Orientación a la Familia……………………………………………………….28

**CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO**

3.1 Pródromo………………………………………………………………………….33

3.1.1 Características del pródromo…………………………………………………35

3.1.2 Importancia del pródromo……………………………………………………..37

3.1.3 Intervención en el pródromo…………………………………………………..38

3.2 Intervención temprana de la esquizofrenia……………………………………40

3.2.1 La importancia de la detección precoz………………………………………42

3.2.2 Factores asociados con la demora en iniciar el tratamiento………………43

3.2.3 Beneficios de la intervención temprana……………………………………..44

3.3 Factores de riesgo……………………………………………………………….45

3.3.1 Adolescencia……………………………………………………………………46

3.3.2 Historia familiar…………………………………………………………………47

3.3.3 Trauma perinatal……………………………………………………………….48

3.3.4 Infección por virus……………………………………………………………...49

3.3.5 Abuso de drogas……………………………………………………………….49

3.3.6 Acontecimientos de la vida……………………………………………………50

3.4 Rol del Psicólogo en Estrategias de la Intervención Temprana en la Esquizofrenia………………………………………………………………………….51

**CAPITULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Objetivos de investigación………………………………………………………53

4.2 Características de la población…………………………………………………53

4.3 Análisis de datos………………………………………………………………….54

4.4 Etapas de análisis de contenido………………………………………………..55

4.5 Métodos de Intervención, Prevención y Estrategias de Intervención temprana……………………………………………………………………………….56

4.6 Introducción a los programas de intervención temprana en adolescentes y jóvenes adultos……………………………………………………………………….58

4.7 Técnicas de intervención dinámica…………………………………………….60

4.8 Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia……………………………….60

4.8.1 Intervenciones psicológicas en esquizofrenia………………………………61

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS…………………………………………………78

CONCLUSIONES…………………………………………………………………….82

BIBLIOGRAFIA.……………………………………………………………………….84

ANEXO

**INTRODUCCIÓN**

 En la actualidad se tiene conocimiento de que las personas con esquizofrenia asisten por primera vez a un especialista cuando el primer episodio psicótico se ha presentado. 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 razonable.

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 funcional, neuropsicocognitivos y dificultades en las relaciones sociales.

La esquizofrenia infantil es un trastorno mental inusual pero grave en el que los niños interpretan la realidad de manera anormal. La esquizofrenia implica una variedad de problemas con respecto al pensamiento (cognitivos), al comportamiento o a las emociones. Puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento que afecta la capacidad de tu hijo o hija de vivir normalmente.

La esquizofrenia infantil es básicamente lo mismo que la esquizofrenia en los adultos, con la diferencia de que se produce a una edad más temprana y tiene un mayor efecto en el comportamiento y desarrollo del niño. En la esquizofrenia infantil, la edad temprana de la aparición de la enfermedad implica desafíos especiales con respecto al diagnóstico, el tratamiento, la educación y el desarrollo emocional y social.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que requiere tratamiento de por vida, identificar e iniciar el tratamiento para la esquizofrenia infantil lo más pronto posible puede mejorar mucho los resultados de tu hijo o hija a largo plazo.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, se presenta como una necesidad urgente la implementación de estrategias a diagnosticar prematuramente la esquizofrenia, como un medio de facilitar la intervención temprana al tratamiento, reduciendo de este modo la morbidez 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 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, considerando que será un campo adecuado para el desarrollo del Psicólogo.

**CAPITULO I**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**1.1 Planteamiento del problema**

La esquizofrenia es una enfermedad compleja donde se presentan ciertos síntomas positivos del pensamiento y pensamientos negativos.

Síntomas positivos: entendemos aquellos que representan un exceso o una alteración de las funciones normales (pensamientos, emociones, conductas) pudiéndose presentar a lo largo de las diferentes etapas del trastorno (prodrómica, aguda, y, en menor medida, en la fase residual). Debido a que se son fácilmente reconocibles, así como también calculables, este tipo de síntomas ha constituido en el pasado un elemento fundamental en los sistemas diagnósticos. Entre los síntomas positivos descritos en la esquizofrenia encontramos los delirios (creencias falsas derivadas de la interpretación incorrecta de la realidad, no producida por una alteración en l capacidad intelectual del sujeto y que no deriva de las creencias culturales del individuo), las alucinaciones (percepción sensorial en ausencia de estimulación).

Síntomas negativos: pueden definirse como una disminución o pérdida de las funciones normales, pero menos llamativos que los anteriores pero más estables a lo largo del tiempo, la signos negativos presenta una peor respuesta al tratamiento farmacológico, siendo muy incapacitante en lo que al pronóstico se refiere, es decir, resulta poco probable que los síntomas mejoren a lo largo del curso de la enfermad pudiendo aparecer durante la fase prodrómica de la enfermedad, mucho antes de la aparición del primer episodio psicótico. Estos síntomas se clasifican en síntomas negativos primarios (anhedonia, aplanamiento afectivo, alogia y abulia) y secundarios, los primeros hacen referencia a aquellos que anticipan la aparición del primer episodio psicótico, indicando la serie de señales empobrecido, y que, generalmente se mantienen entre episodios, se entiende con los síntomas positivos.

Los síntomas de la esquizofrenia generalmente comienzan entre los 25 y los 30 años de edad. No es común que a un niño se le diagnostique esquizofrenia, de inicio temprano se produce antes de los 18 años y de inicio muy temprano en niños menores de 13 años. Donde con el paso del tiempo, los síntomas puede variar con respecto al tipo y la gravedad, donde hay períodos pueden empeorar o desaparecer de los síntomas.

Considerando que la esquizofrenia infantil es poco frecuente antes de los 10 años, entonces es difícil diagnosticar y es complicado separar las fantasías normales en estas edades no hay marcadores psicobiológicos para su diagnóstico y es complicado separar las fantasías normales en estas edades de la realidad esquizofrénica, si uno de los padres o ambos tiene padecer esquizofrenia el hijo tiene más posibilidades de desarrollar dicho trastorno.

En la etapa infantil, es complicado interpretar el diagnóstico en los criterios establecidos por tratarse de niños que se encuentran en etapas evolutivas en las que aún no han concluido su maduración completa, por lo que los síntomas no se organizan apropiadamente, pero pueden observarse durante más de seis meses después de un episodio psicótico agudo. Se establecen en los criterios establecidos para su diagnóstico: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o incoherencia, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo. Un niño con padres sanos tiene menos de probabilidades de padecer este trastorno, por lo tanto, las causas pueden ser bioquímicas como también ambientales.

**1.2** **Preguntas de investigación**

1.- ¿Cuáles son las causas que producen la esquizofrenia infantil?

2.- ¿Cómo identificar a un niño con esquizofrenia?

3.- ¿Cómo tratar la esquizofrenia infantil, desde un enfoque psicológico?

4.- ¿Cuál es el protocolo del diagnóstico en la esquizofrenia infantil?

5.- ¿Cuáles son los síntomas que se presentan antes de un episodio psicótico en niños con esquizofrenia?

**1.3 Objetivos**

**Objetivo general:**

* Conocer las causas que producen la esquizofrenia en niños.

**Objetivos específicos:**

* Identificar las características de un niño con esquizofrenia.
* Conocer el tratamiento de la esquizofrenia infantil desde un enfoque psicológico.
* Conocer el protocolo del diagnóstico en la esquizofrenia infantil.
* Identificar los síntomas que se presentan antes de un episodio psicótico en niños con esquizofrenia.

**1.4 Justificación**

La presente investigación busca un acercamiento de la esquizofrenia en el niño, una psicosis grave de una evolución larga e insegura, pese a los tratamientos, sus síntomas característicos incluyen alucinaciones, delirios, pensamiento y discurso desorganizado, así como alteraciones en la expresión emocional y en la motivación.

Su origen es complicado se estructura entre factores biológicos, psicológicos y ambientales, por lo cual requiere de un tratamiento diversificado que considere la farmacoterapia, psicoterapia y todas las posibilidades de readaptación socio terapéutica.

La importancia de esta investigación es que se han encontrado casos de niños que padecen este tipo de psicosis, en el cual no son identificables y así poder ayudar al infante, este tipo de padecimiento no hay muchas evidencias de ellos ya que se pueden confundir con otros tipos de trastornos, para poder mejorar la calidad de la infancia del infante, en el área psicológica el profesional tiene que conocer la causa de este tipo de psicosis deberá estar preparado para poder identificar el problema y poder ayudar al niño a llevar una vida mejor.

**1.5 Hipótesis**

 Las causas de la esquizofrenia son: tener antecedentes de familiares, enfermedades por inflamación o autoinmunitarias en el sistema inmunológico.

**1.5.1 Variables**

* **Variable independiente**: Esquizofrenia
* **Variable dependiente:** Antecedentes de familiares, enfermedades por inflamación o autoinmunitarias en el sistema inmunológico.

**1.6 Metodología**

 El método científico es el procedimiento planteado que se sigue en la investigación para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, para desentrañar sus conexiones internas y externas, para generalizar y profundizar los conocimientos así adquiridos, para llegar a demostrarlos con rigor racional y para comprobarlos en el experimento y con las técnicas de su aplicación (Ruiz, 2007).

**Segundo método analítico**

Como modo ordenado de proceder para llegar a un fin determinado: la verdad, el poder, la persuasión, el cuidado de sí, el nirvana, la alegría, la certeza, el placer, la validez, la salvación, la conciliación, el amor (Lopera Echavarria, Ramírez Gómez, Zuluaga Aristazábal, & Ortiz Vanegas, 2010).

**Tercero método inductivo**

Consiste en la generalización de hechos, prácticas, situaciones y costumbres observadas a partir de casos particulares. Tiene la ventaja de impulsar al sujeto investigante, o investigador y ponerlo en contacto con el sujeto investigado u objeto de investigación (Torres, 1995).

**Cuarto enfoque cualitativo**

 Es un diseño flexible a partir de información cualitativa, que no implica un manejo estadístico riguroso, ya que su estructura se orienta más al proceso que a la obtención de resultados (Arturo, 2011).

**Tipo de investigación**

El presente trabajo está basado en una investigación cualitativo, porque se busca analizar el problema, mediante la interpretación, comprensión de textos de las teorías, sobre los procesos y resultados del peso del proyecto de las “Causas del trastorno de la esquizofrenia infantil”.

**Técnicas de investigación**

Documental, en el cual será por medio de Recopilación de información, Resumen, Lectura, Subrayado y Búsqueda en internet.

**Corriente epistemológica**

Psicología humanista de **Carl Rogers**enfatiza la importancia de la tendencia hacia la autorrealización en la formación del auto concepto. Según Rogers el potencial del individuo humano es único, y se desarrolla de forma única dependiendo de la personalidad de cada uno. De acuerdo a Carl Rogers (1959), las personas quieren sentir, experimentar y comportarse de formas que son consistentes con la autoimagen. Cuanto más cercana está la autoimagen y el yo ideal, más consistentes y congruentes son las personas y más valor creen que tienen. Junto a Abraham Maslow, Rogers se centró en el potencial de crecimiento de individuos sanos y contribuyó enormemente a través de la Teoría de humanista la personalidad a la comprensión del self (el “sí mismo” o el “Yo”, en español).

Tanto las teorías de Rogers como las de Maslow se centran en las elecciones individuales, y ninguna de las dos sostiene que la biología es determinista. Ambos enfatizaron el libre albedrío y la auto-determinación que tiene cada individuo para convertirse en la mejor persona que puedan llegar a ser.

La psicología humanista enfatizaba el rol activo del individuo en dar forma a su mundo interno y externo. Rogers avanzó en este campo subrayando que los humanos son seres activos y creativos, que viven en el presente y responden de forma subjetiva a las percepciones, relaciones y encuentros que se estén dando actualmente.

Acuñó el término “tendencia a la actualización”, que se refiere al instinto básico que tienen las personas a llegar a su capacidad máxima. A través del asesoramiento o terapia centrada en la persona y de investigaciones científicas, Rogers formó su teoría del desarrollo de la personalidad.

**Ubicación**

En la presente investigación será de carácter documental teórica, en un periodo de seis meses.

**CAPITULO II**

**ORIGEN Y EVOLUCIÓN**

**2.1 HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA**

 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 (Alarcón, 1986).

Las enfermedades mentales han existido en todo el curso de la historia, el hombre ha ido construyendo significados sociales para explicar y dar cuenta de la enfermedad mental, las cuales se han caracterizado por poseer diversos significados negativos que marcaban y etiquetaban a los enfermos mentales.

En la Edad Media el saber de la época estaba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza Escolástica, lo que hizo predominar 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 personificaban 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 (Alarcón, 1986).

En el Renacimiento continúan las perspectivas sobrenaturales y tiene lugar la desaparición de los signos 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 un vínculo 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 acreedores de castigos y que son por el contrario personas enfermas cuyo estado merece toda consideración. Desencadena a los pacientes y destierra toda modalidad de violencia 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.

 Se contempla que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones y propone distinguir entre todas las vivencias presentes en la esquizofrenia que es un 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.

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.



**2.2 ENFOQUES Y TENDENCIAS TEORICAS**

 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 rechazo. Solicito que debía hablarse de “parafrenias” (psicosis parafrénica) 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 apartamento de la realidad, supone una profunda regresión a fases pre objétales, 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).

En los años 50, 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:

1. 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.
2. El descubrimiento de fármacos antidepresivos (hiproniazida e imipramina) por Klein y Kuhn.
3. El descubrimiento de las propiedades anti maníacas 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, en los que se graba el término de “Madre Esquizofrenógena” (agresiva, dominante pero insegura), se inician diversas escuelas con un enfoque común de tipo psicodinámico. El concepto del “Doble Vínculo”, destaca la importancia de lo perjudicial de mensajes opuestos que provenían de los padres, especialmente de la madre, que fundaban 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 personalidad de cada sujeto 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 otras maneras que son distintos al de su familia. 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.

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 incomprensión 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.

**2.3 SINTOMAS**

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

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 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 voluntad, la motivación y la atención.

Los síntomas pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los síntomas positivos los cuales reflejan un exceso de las funciones mentales y, los síntomas negativos que implican una disminución o pérdida de las funciones normales.

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.

• Delirios.

• Alucinaciones.

• Distorsiones o exageraciones en el lenguaje.

 • Lenguaje desorganizado.

• Conducta desorganizada.

• Conducta Catatónica.

• Agitación.

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

• 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:

1. Trastornos del pensamiento y del habla:

Los esquizofrénicos tienen grandes dificultades para ordenar sus pensamientos de manera lógica y para extraer conclusiones posibles de los pensamientos incoherentes.

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.

1. 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 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 en 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.

1. 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.

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).

1. Pérdida del poder de voluntad y del impulso:

Poco 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 físico y deja que se acumule la suciedad.

La persona pierde con el tiempo la voluntad, experimenta una disminución de la actividad del entorno, se disminuye 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).

1. Trastornos Psicomotores:

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 (Vallejo Ruiloba, 2000).

La expresión del trastorno psicomotor en la esquizofrenia es el estupor catatónico, que se entiende como la disminución o falta de contacto con el exterior. Los signos catatónicos varían desde modales y gesticulaciones extrañas hasta posturas exageradas y raras.

1. Síntomas Físicos:

Los síntomas se presentan en la esquizofrenia como la piel grasa y manchada, la cianosis de las manos y de los pies, como también se ha observado que es común que en las mujeres esquizofrénicas la menstruación se vuelva irregular o tienda a interrumpirse.

**2.4 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 (Balleús Creus, 2002).

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, es decir, que va a acompañar al paciente toda la vida y que necesita de un tratamiento, normalmente el tratamiento consistirá en una combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapia.

Los tratamientos farmacológicos son necesarios para reducir los síntomas de la esquizofrenia. La psicoterapia puede ayudar a la persona que sufre esquizofrenia a comprender la enfermedad y a sobrellevarla, mejorando su conducta social y retomar en la sociedad.

Es importante obtener un diagnóstico adecuado de esquizofrenia e iniciar el tratamiento lo antes posible. Cuanto antes reciba tratamiento un paciente con esquizofrenia, mayores serán las posibilidades de que responda bien al tratamiento y de que pueda recuperar sus niveles de funcionalidad anteriores. Si la esquizofrenia no se trata adecuadamente, la afección puede empeorar rápidamente y necesitar hospitalizaciones frecuentes. Estos aspectos pueden actuar conjuntamente y tener un efecto negativo en el bienestar del paciente y en el de sus familiares y amigos.

**2.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICA**

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

En la actualmente, existe una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un medicamento que produzca una mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios.

Se considera que los neurolépticos actúan bloqueando los receptores DII de la dopamina en el sistema límbico (Balleús Creus, 2002).

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 han demostrado ser útiles para reducir y en ocasiones eliminar síntomas como el desorden del pensamiento, las alucinaciones y también pueden calmar los síntomas relacionados con la agitación, la impulsividad y la agresividad. Sin embargo, parecen menos eficaces para reducir síntomas como la apatía y la timidez social.

Los neurolépticos atípicos parecen tener menos facilidad para producir efectos secundarios extra piramidales y son más selectivos para los aceptados dopaminérgicos de la vía meso límbica que para los de la vía migroestriatal, donde intentan tratar 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.

Los agentes antagonistas serotonín-dopaminérgicos (ASD) como la risperidona, la olanzapina, la ciprasidona, entre otros, pueden producir un perfil farmacológico que incremente la eficacia de los neurolépticos en los síntomas negativos de la esquizofrenia, o mejore el perfil de sus efectos secundarios, reduciendo las reacciones extrapiramidales (Vallejo Ruiloba, 2000).

Los neurolépticos llamados depot o depósito, poseen efectos prolongados, pero 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 (Balleús Creus, 2002).

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 mayoría de los efectos secundarios, en especial los musculares, pueden ser controlados o aminorados mediante la administración de la medicación correcta. Es importante asumir que la medicación NO CURA, sino que trata de restablecer los efectos del desequilibrio bioquímico del cerebro.

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

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% (Balleús Creus, 2002).

**2.4.2 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 la disminución 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 (Balleús Creus, 2002).

El 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 laboral, crear redes de apoyo social, hasta el apoyo familiar y para obtener estos objetivos es necesario implementa diversas actividades terapéuticas, en la cual se mencionan las siguientes:

* Grupos
* Orientación individual
* Orientación y reinserción laboral
* Iniciativas comunitarias

**GRUPOS**

Estos tipos de trabajo se pueden realizar en diversos lugares de apoyo, por ejemplo; 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 (Balleús Creus, 2002).

**ORIENTACION O TERAPIA INDIVIDUAL**

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

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

 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 (Balleús Creus, 2002) (Ferrari, 1997).

* 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).

Este tipo de tratamiento, no se debe realizar forma individual, sino junto con 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 prolongación del cuidado del paciente/cliente 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, consisten en ayudar al paciente a remarcar, redescribir o cambiar las creencias sobre la naturaleza de sus experiencias psicóticas, la experiencia personal de la persona, tanto de la psicosis como de su entorno emocional, es el centro de atención.

**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, 2005).

**INICIATIVAS COMUNITARIAS**

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 (Ballus Creus & García Franco 2000).

Dentro de las llamadas iniciativas comunitarias se incluye la postura 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.

**2.4.3 ORIENTACION A LA FAMILIA**

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 (Balleús Creus, 2002) (Vallejo Ruiloba, 2000).

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.

Programas que existen en la actualidad de la psicoeducación son:

**MODELO PSICOEDUCATIVOS**

Cuando una persona tiene esquizofrenia, provoca una emoción 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 preocupados 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.

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

MODELOS DE TERAPIA DE FAMILIA EN CRISIS

Este tipo de 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 e 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 la familia y el paciente acepte que éste sufre psicosis, de este modo las sesiones se realizan conjuntamente en grupos multifamiliares.

Su aplicación intenta prevenir recaídas, de allí que suele aplicarse entre las seis semanas y los seis meses posteriores al alta (Balleús Creus, 2002).

MODELO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

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 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 (Balleús Creus, 2002).

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 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 sobre involucración, 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 (Balleús Creus, 2002).

Las sesiones comienzan mientras el paciente permanece aun 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.

MODELO PSICOEDUCATIVO

Este modelo fue el primero en plantear una intervención en forma de taller educativo, que recibe el nombre de “Habilidades de supervivencia” (Balleús Creus, 2002).

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 psicoeducación 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.

-Emoción Expresada: Este concepto es considerado un “constructo” que podría definírselo como un conjunto de características que ejercen un efecto determinado y que puede ser medido.

Los elementos de la “Emoción expresada” son:

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.

Sobre involucración emocional: Implica respuestas emocionales exageradas (llanto, depresión, dramatización), conductas devotas, sobreprotección, sobre involucración (inclusión del hijo en los asuntos de los padres por parte de estos).

**CAPITULO III**

**MARCO TEORICO**

**3.1 PRÓDROMO**

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, 1996).

El pródromo en los desórdenes 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, se definen como un período de perturbación no psicótica en la experiencia o la conducta que precede el surgimiento de los síntomas psicóticos.

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.

Según Yung & McGorry (1996), utilizan el término pródromo en lugar de pródromo inicial por ser más 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.

Tiempo

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 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 pre-mórbido que preceden a la enfermedad, y verdaderos síntomas psicóticos que marcan el inicio de la esquizofrenia.

La falta de especificidad y la dificultad de diferenciación con posibles rasgos de personalidad pre-mórbida, han hecho que desaparezca el listado de síntomas prodrómicos en las clasificaciones internacionales de clasificación y diagnóstico.

**3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL PRÓDROMO**

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

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, 1996).

Yung & McGregor 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.

 Se 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 significante.

**3.1.2 IMPORTANCIA DEL PRÓDROMO**

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

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.

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, 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, la 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.

Es posible reconocer los estados pre-psicóticos, y si la persona puede recibir ayuda en esta fase temprana (prodrómica), entonces la esquizofrenia, con sus deteriores antes efectos psicológicos y sociales, podría prevenirse o al menos minimizarse.

Esquema de los cambios prodrómicos:

(Yung, 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.

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.

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.

**3.1.3 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 estigmatizaste de posibles falsos positivos, ya que, por el momento, se carece de una metodología suficiente para identificar qué casos van a evolucionar a una esquizofrenia y cuales no (Yung, 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, 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, 1996).

**3.2 INTERVENCIÓN TEMPRANA DE LA ESQUIZOFRENIA.**

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.

La O.M.S (2001), considera que una buena asistencia en salud mental parte de ciertos principios rectores básicos: el diagnostico, 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.

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.

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, 2005).

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, 1996).

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 morbidez 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, 1996).

**3.2.1 LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ.**

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, las personas que la padecen pueden escuchar voces o pensar que quieren hacerles daño, cuando en verdad no es así, este tipo de enfermedad les impide en muchas ocasiones mantener o llevar una vida normal, tener un trabajo o incluso cuidarse de sí mismo.

Se caracteriza por alteraciones en la percepción en el curso y en el contenido del pensamiento, por alteraciones en la conducta, problemas en los procesos que controlan la efectividad, así también por un déficit en las funciones cognitivas y en las alteraciones emocionales que afecta a la persona que la padece.

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 más 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 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 (1992), en un estudio de 70 pacientes con esquizofrenia de primer episodio concluyo que la duración de la enfermedad previa al tratamiento está asociada independientemente con la recuperación más 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.

**3.2.2 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.

**3.2.3 BENEFICIOS 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 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

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 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.

**3.3 FACTORES DE RIESGO**

La esquizofrenia es una enfermedad que genera una discapacidad significativa, en la actualidad se considera que el origen de la esquizofrenia tiene lugar durante el neurodesarrollo, en un principio, se propuso la existencia de un evento prenatal que afecta el proceso de maduración cerebral normal y genera la enfermedad con posterioridad.

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 acusación directa y lineal, ningún factor de riesgo por si solo permite predecir adecuadamente la esquizofrenia, estos factores actúan en interrelación, modulándose e influyéndose entre sí.

**3.3.1 ADOLESCENCIA**

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 (Muuss, 1966).

De 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, El individuo se vuelve capaz de concebir diferentes alternativas y perspectivas ante un mismo problema o situación.

Estos signos descriptos con anterioridad forman parte del ciclo vital por el que está 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).

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

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.

La importancia de considerar que los mismos adolecentes 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 (Balleús Creus, 2002).

**3.3.2 HISTORIA FAMILIAR**

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.

Investigaciones sobre familia y esquizofrenia siguieron centrándose en las dos grandes áreas: relaciones de rol y desorden de la comunicación, los resultados de estos estudios siguieron la misma línea que los anteriores, inconsistencia en cuanto a los hallazgos sobre las relaciones familiares de rol, y progresiva acumulación de datos significativos y consistentes acerca de los desórdenes de la comunicación en el medio familiar.

Los estudios transversales sugirieron que la desviación de la comunicación aparecía más comúnmente en familias de esquizofrénicos. Sin embargo, como se ha señalado, tales estudios fueron incapaces de discriminar entre conductas familiares que preceden al comienzo de la esquizofrenia y las distintas adaptaciones que siguen al comienzo del trastorno.

Diferentes investigaciones han demostrado que la predisposición a padecer esquizofrenia es la siguiente (Vallejo Ruiloba, 2000).

* 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 %

**3.3.3 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, 2005).

Una gran mayoría de casos de esquizofrenia está causada por un virus o un trauma que sufre el feto durante el segundo trimestre del embarazo.

**3.3.4 INFECCIÓN POR VIRUS**

Se dice que en algunos casos, como ocurre con la esquizofrenia, podrían desencadenar el mal antes del nacimiento. **"Si hay problemas infecciosos durante la gestación, las toxinas quizá afecten al desarrollo del cerebro".**

Un estudio vincula la esquizofrenia con mayor nivel de anticuerpos contra el virus de Epstein-Barr. La esquizofrenia es un trastorno mental en el que los pacientes tienen pensamientos, percepciones, emociones, lenguaje, sentido del yo y comportamiento distorsionados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

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).

**3.3.5 ABUSO DE DROGAS**

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 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.

Entre estos factores vitales, vinculados con el padecimiento de algún desorden del espectro esquizofrénico, otro muy contrastado por la investigación, es el consumo de drogas.

No está claro si tomar drogas favorece la aparición de la esquizofrenia o, por el contrario, la gente con esquizofrenia, o con vulnerabilidad a padecerla, consume drogas para aliviar algunos de los síntomas que presenta.

Por lo que respecta a algunas sustancias en concreto, como el cannabis, se han llevado a cabo estudios longitudinales que parecen indicar que un uso temprano de esta droga hace más fácil que la persona acabe desarrollando posteriormente esquizofrenia, respaldando así la hipótesis de que el consumo de drogas es un factor que en individuos vulnerables puede conducir al desarrollo de un trastorno esquizofrénico (Arseneault, Cannon, Poulton, Murray, Caspi &  Moffit, 2002).

**3.3.6 ACONTECIMIENTOS DE LA 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).

**3.4 ROL DEL PSICÓLOGO EN ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA ESQUIZOFRENIA.**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se engloba dentro del grupo de los trastornos psicóticos, los síntomas básicos tienen que ver con una pérdida de contacto con la realidad, en la que la persona puede mantener creencias extrañas que no se ajustan a la realidad o al consenso social, sobre sí mismos, las personas que les rodean y su entorno.

Los psicólogos clínicos realizan el diagnóstico basándose en una evaluación del historial de la persona y de su sintomatología. Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, los síntomas deben durar por lo menos seis meses y asociarse con deterioro significativo en el trabajo, los estudios o el desarrollo social. Siempre es muy importante hacer un diagnóstico de esquizofrenia descartando otros trastornos psicológicos, por consumo de tóxicos, y orgánicos.

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 auto marginación 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, trasmitiendo 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.

**CAPITULO IV**

**ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

**4.1 OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN**

En este capítulo se ha seleccionado como fenómeno a describir el Rol del Psicólogo en Programas de Intervención Temprana en niños, adolescentes y jóvenes adultos en las causas 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.

De acuerdo a los objetivos planteados para la realización del trabajo final, se empleó un tipo de investigación descriptiva, la cual consiste en describir situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.

Se 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.

**4.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN**

Este tipo de investigación está dirigida a las personas de una edad infantil, encontrando que los mayores casos de esquizofrenia se encuentran entre los 25 a 30 años.

**La esquizofrenia es uno de los trastornos de salud mental más complejos que existe, está caracterizada por pensamientos distorsionados, sentimientos extraños y conducta poco usual, es una enfermedad poco común en los niños y es muy difícil de reconocer en sus primeras etapas, muchos estudios sugieren que es raro que la esquizofrenia se inicie antes de los 6 años de edad.**

La esquizofrenia infantil es más frecuente en varones, en una proporción de 2 a 1 que según avanza la edad, esta proporción se iguala en ambos sexos.

La esquizofrenia infantil puede causar alucinaciones y pensamientos extraños, las alucinaciones más frecuentes son las auditivas pudiéndose percibirse voces dentro de la cabeza.

Estas alucinaciones se pueden acompañar de ideas delirantes y estas pueden incluir preocupaciones corporales, miedo a ser visto o perseguido, miedo a ser víctima de algún complot o tener la sensación de tener algún poder especial o místico.

El tratamiento de esta enfermedad debe ser multidisciplinar, es necesario un tratamiento farmacológico, así como terapias psicológicas que ayuden al niño y a su familia a mejorar el pronóstico de la enfermedad.

**4.3 ANALISIS 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.

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.

Se efectúa por medio de la codificación, proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son trasformadas a unidades que permiten su descripción y análisis preciso.

**4.4 ETAPAS DE ANALISIS DE CONTENIDO**

La técnica de análisis de contenido del presente trabajo de investigación se llevó a cabo en tres etapas: Preanálisis, Selección de los codificadores y entrenamiento y 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.

El 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.

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, 2005).

Se 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.

**4.5 METODOS DE INTERVENCION, PREVENCIÓN Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION TEMPRANA.**

**Área de Intervención**

* 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.
* 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.

**Área de Prevención**

* 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 aún 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.

**Estrategia de Intervención Temprana**

* 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.

**4.6 INTRODUCCIÓN A LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS**

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 pronostico del enfermo.

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 está 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 estresares 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 está 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.

**4.7 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DINÁMICA.**

Este tipo de intervención psicológica ha sido beneficiosa y curativa en el tratamiento de diferentes psicopatologías, pues permite la recuperación de diferentes funciones neuropsicológicas que están disminuidas y bloqueadas, de la misma forma facilita y enriquece el proceso psicoterapéutico.

Sobre los problemas que conciernen al propósito del arte y los artistas, verlos psicoanalíticamente permite aclaraciones satisfactorias; otros aspectos se escapan completamente, pero si permite encontrar las impresiones de la infancia y del destino de los artistas de un lado, y de otro, sus obras como reacciones a sus estimulaciones, y el objeto más atrayente, el examen analítico Sobre los problemas que conciernen al propósito del arte y los artistas, verlos psicoanalíticamente permite aclaraciones satisfactorias; otros aspectos se escapan completamente, pero si permite encontrar las impresiones de la infancia y del destino de los artistas de un lado, y de otro, sus obras como reacciones a sus estimulaciones, y el objeto más atrayente, el examen analítico (Freud, 1913).

**4.8 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ESQUIZOFRENIA.**

El objetivo de la TCC es ayudar a los pacientes a que reevalúen su visión de los síntomas, se piensa que este proceso ayuda a reducir la angustia y a cambiar el comportamiento, a menudo se utiliza para ayudar a los pacientes con enfermedades como la ansiedad y la depresión.

**4.8.1 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN ESQUIZOFRENIA.**

* **TERAPIAS PSICOANALITICAS**

Es un proceso terapéutico que ayuda a los pacientes a entender y resolver sus problemas mediante el aumento de la conciencia de su mundo interior y su influencia sobre las relaciones pasadas y presentes.

La psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica tiene como objetivo ayudar a las personas con trastornos psicológicos a entender y cambiar complejos problemas emocionales y relacionales profundamente arraigados y a menudo con una base inconsciente, reduciendo así los síntomas y aliviando la angustia.

Su papel no se limita sólo a las personas con problemas de salud mental. Muchas personas que experimentan una pérdida de significado en sus vidas o que están buscando un mayor sentido de realización pueden beneficiarse de la psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica.

* **TERAPIAS DE LA CONDUCTA**

Ante la presencia de comportamientos desadaptativos y que generan un malestar significativo en la persona, es posible modificar dichos patrones enseñando otros más útiles.

El objetivo general de este tipo de terapia es el de generar un cambio en la persona que **pueda aliviar su sufrimiento y mejorar su adaptación,** potenciando y optimizando sus habilidades y oportunidades en el medio. Para ello se pretende eliminar, añadir o cambiar una o varias conductas al repertorio del individuo mediante procesos de aprendizaje.

Este tipo de terapias se centra en el momento presente, trabajando el problema actual y siendo la historia solo algo que nos informa de cómo se ha llegado a la situación actual.

* **TERAPIA DE LA FAMILIA**

El objetivo es fortalecer y dotar de recursos a la familia para que puedan actuar de manera colaborativa gracias a ello **dirimir disputas y conflictos** que puedan tener entre ellos o bien problemas propios de un único individuo.

Desde el modelo sistémico **no se pretende modificar directamente la conducta problemática**, sino a cambiar las dinámicas familiares y el patrón de que la provocan, facilitan o le dan utilidad o sentido. Se busca un camino más indirecto para llegar un mismo fin, a la vez que se provoca una mejora y potenciación de las dinámicas familiares positivas y de las fortalezas tanto del sistema como de cada uno de sus componentes.

* **TERAPIA DE APOYO Y OTRAS TERAPIAS**

No existe una definición exacta de este tipo de terapia; sin embargo, se basa en la relación terapeuta a cliente.

Por esto se destacan aspectos del terapeuta considera dos centrales, como empatía, honestidad, calidez, confiabilidad, flexibilidad, paciencia, entre otros. Incluye algunos elementos de afrontamiento adaptativo de las dificultades, psicoeducación, apoyo e instrucciones para la resolución de problemas el acento en mejorar las relaciones interpersonales y en lograr una vida independiente.

Otras intervenciones que se han ensayado (con éxito discutible) en pacientes con esquizofrenia son el psicodrama, los grupos de apoyo, el análisis transaccional, la danza terapia, la musicoterapia y las terapias humanistas.

* **TERAPIAS COGNITIVAS**

Antes de que las TCC fueran estudiadas en el tratamiento de la esquizofrenia, se pensaba que imposible de lograr el manejo de los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones) con terapias psicológicas, a partir de los resultados adversos del psicoanálisis, se temía que las terapias psicológicas dirigidas a modificar estos síntomas fueran en realidad nocivas.

El término “cognitivo” hacer referencia a los procesos de pensamiento de la persona, entre ellos **se incluyen la atención, el aprendizaje, la planificación, el juicio y la toma de decisiones.** Por lo tanto, la terapia cognitiva, es un tipo de terapia psicológica que considera que algunos trastornos o afecciones mentales y emocionales se encuentran íntimamente vinculados con los procesos cognitivos.

Esto significa que, según las teorías que enmarcan a los diferentes tipos de terapias cognitivas, las personas sufren y desarrollan afecciones psicológicas por la manera en la que interpretan el entorno y los sucesos que le ocurren y no por la naturaleza de estos en sí mismos.

La misión de la intervención psicológica mediante terapia cognitiva es la de que el paciente sea **capaz de encontrar interpretaciones flexibles, funcionales y adaptativas de los sucesos vitales** que experimenta.

**Tipos de terapias cognitivas**

1. Terapia cognitiva de A. Beck

Según Aarón T. Beck este tipo de terapia se sustenta sobre el modelo cognitivo, el cual establece que los pensamientos, sentimientos y comportamientos se encuentran estrechamente conectados y que, **las personas pueden superar sus dificultades y alcanzar sus objetivos** identificando y cambiando los pensamientos inútiles o incorrectos.

Para lograr tal modificación, el paciente deberá trabajar en colaboración con el terapeuta para desarrollar todo tipo de habilidades que le permitan identificar los pensamientos y creencias distorsionadas para después modificarlas.

2. Terapia racional-emotiva-conductual de Ellis

Terapia de Albert Ellis, también conocida como terapia racional o terapia emotiva racional, consiste en una terapia de dirección activa, filosófica y empírica que se centra en la resolución de problemas y perturbaciones emocionales y de conducta, cuyo objetivo radica en conseguir que el paciente lleva una vida más feliz y satisfactoria.

3. Terapia ocupacional.

 La Terapia Ocupacional es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social"

PLANIFICACIÓN
“La adaptación del programa al individuo y la organización del programa en etapas cuidadosamente planificadas son la premisa fundamental que se impone en la práctica ocupacional”.

Gómez Tolón J.: Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional.

CRITERIOS DE PLANIFICACIÓN

El tratamiento que se propone desde el área de la terapia ocupacional para el paciente esquizofrénico se divide en varias fases en función de las habilidades residuales y rehabilitadas, nivel de recuperación y adaptabilidad al entorno, y fase de la enfermedad.

Este tratamiento atiende a la variabilidad patológica de los usuarios potenciales y encuentra en la flexibilidad e individualización las mejores líneas metodológicas para conseguir la mayor efectividad y menor tasa de abandono, critica en estos pacientes. El proceso terapéutico propuesto se define como un continuo terapéutico en el que la propositividad de la actividad con respecto del paciente siempre va en aumento En base a lo antedicho las fases no serán rígidas sino que podrán simultanearse en función del paciente

ACTIVIDADES OCUPACIONALES

1. COMPONENTES DE EJECUCIÓN

Taller “Sentido del yo”

Todos los pacientes esquizofrénicos sufren un deterioro del sentido del Yo, por lo que éste será un taller básico.

-Objetivos:

Distinguir entre el yo y los demás.

-Metodología:

Actividad grupal.

Diario

Periódico: con recortes de noticias. Cada paciente se ocupa de una noticia o sección. La actividad evoluciona desde la independencia total entre los pacientes hasta la cooperación de los compañeros.

**Actividades de recuperación de la voluntad**

El paciente esquizofrénico se caracteriza por presentar apatía y anhedonia por lo que la voluntad estará bajo mínimos.

-Objetivos:

Recuperación de la conciencia de lo que quiere hacer y si es capaz de hacerlo

Reestructuración de los valores sociales

Capacitar al paciente para: seleccionar criterios y medios, la deliberación-toma de decisiones y la compulsa.

-Metodología:

La recuperación de la voluntad será trabajada de manera directa e indirecta en todo los talleres planteados.

**Taller Habilidades Sociales**

Las dificultades para establecer una adecuada red social de apoyo es una generalidad

en las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Ésta es una intervención que apunta a disminuir las disfunciones interpersonales presentes en los usuarios y busca mejorar el desempeño de las mismas en su vida social, disminuir su aislamiento, el estrés interpersonal y aumentar las posibilidades de éxito en sus vínculos.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un proceso estructurado y sistemático de aprendizaje de una amplia gama de comportamientos requeridos para un buen desempeño de roles sociales.

- Objetivos:

Trabajar la empatía y la comprensión hacia los demás

Que el paciente logre reconocer sus sentimientos, actitudes, valores y su conducta

Mejorar la comunicación, tanto los componentes verbales como los no verbales.

**Entrenar la asertividad**

Adquirir habilidades para afrontar situaciones de conflicto en su vida diaria.

Aprender a expresar y recibir emociones, tanto positivas como negativas.

Aumentar la autoestima.

Facilitar la integración en actividades ordinarias, laborales y/o de ocio.

Establecer y/o mejorar una adecuada red social de apoyo

Mejorar el manejo del estrés

-Metodología:

Taller grupal

Frecuencia 2 veces semanales

Duración de 1 hora

Grupos abiertos, activos y homogéneos o heterogéneos según la actividad

Actividades:

Taller de expresión corporal: la expresión corporal es una disciplina cuyo objeto es la conducta motriz con finalidad expresiva, comunicativa y estética en la que el cuerpo, el movimiento y el sentimiento como instrumentos básicos. Se caracteriza por la ausencia de modelos cerrados de respuesta y por el uso de métodos no directivos sino favorecedores de la creatividad e imaginación, cuyas tareas pretenden la manifestación o exteriorización de sentimientos, sensaciones e ideas, la comunicación de los mismos y del desarrollo del sentido estético del movimiento. Los objetivos que pretenden son la búsqueda del bienestar con el propio cuerpo (desarrollo personal) y el descubrimiento y/o aprendizaje de significados corporales

Material: pelotas, colchonetas, telas, música

Dinámica: transcurre primero con una toma de conciencia del cuerpo por parte del alumno a través de ejercicios corporales de preparación, para luego continuar trabajando desde una idea de juego grupal que facilite el contacto del paciente con el espacio, con los compañeros y con el terapeuta.

Ejercicios: “reconocimiento de nuestro cuerpo”, “conocimiento del esquema y de la imagen corporal interna y externa”, “partiendo de nuestras articulaciones”, etc

Rol playing o Desempeño de roles: representar (teatralizar) una situación típica con el objeto de que se tome real, visible, vívido, de modo que se comprenda mejor la actuación de quien o quienes deben intervenir en ella en la vida real.

 El objetivo citado se logra no sólo en quienes representan los roles, sino en todo el grupo que actúa como observador participante por su compenetración en el proceso. Los actores trasmiten al grupo la sensación de estar viviendo el hecho como si fuera en la realidad. La representación es libre y espontánea.

Dinámica: Consta de cuatro fases:

1) Motivación: es guiada por el terapeuta que promueve un clima de confianza con la clase y presenta conflictos.

2) Preparación para la dramatización: el terapeuta da a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y qué situación se va a dramatizar.

3) Dramatización: cada alumno asume su rol y comienza la acción

4) Debate: se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hacen las preguntas sobre el problema dramatizado. Se puede solicitar que los alumnos que han representado el conflicto den sus opiniones y expresen como se han sentido.

**Actividades de Orientación temporal**

La desorientación temporal y la ruptura con la realidad son dos constantes en los esquizofrénicos, por lo tanto también serán áreas básicas a tratar en un correcto programa terapéutico.

-Objetivo:

Adquirir sentido de la realidad.

Recuperar la orientación temporal

-Metodología:

Marcar rutina: realizar cada día una serie de actividades distintas y repetir esa planificación todas las semanas. En la planificación distinguimos claramente la mañana de la tarde, y los días de trabajo de los domingos y festivos.

Taller de psicomotricidad: dentro de este taller se realizarán tareas psicomotrices en relación con el control temporal. Consiguiendo control emocional, relajación, perdida de la apatía y comunicación. Se siguen los ejercicios propuestos por Mira Stamback, Brich y Belmont.

**Actividades de orientación espacial**

-Objetivos:

Adquirir sentido de la realidad.

Recuperar la orientación espacial

-Metodología:

Distribución del espacio: distribución del espacio de tal manera que cada tarea se realiza en un lugar determinado.

Taller de psicomotricidad: tareas psicomotrices específicas para adiestrar en el control espacial, que a su vez permiten distinguir el yo de los otros (espacio verbal centrado y descentrado y espacio simbólico)

Redescubrimiento de la ciudad: para la autonomía en la ciudad.

**Actividades de conciencia corporal**

La conciencia corporal también se encuentra afectada en estos pacientes

**-Objetivo:**

Ser consciente de su propio cuerpo, diferenciándose de los demás

**-Metodología:**

Taller de psicomotricidad: ejercicios de somatognosia verbal denominando las distintas partes del cuerpo y figurativa.

Actividad física: realización de todo tipo de actividad física, ya sea en el taller de psicomotricidad, jardinería, excursión, trabajo, etc.

**Taller de psicomotricidad**

Se puede definir como un instrumento para desarrollar, a partir del movimiento y de la acción corporal, a la persona en su conjunto.

En la salud mental, los trastornos psicomotores pueden formar parte de los síntomas propios de la enfermedad o ser debidos a los efectos secundarios de la medicación.

 La actividad motora y el esquema corporal suelen estar alterados, pudiendo destacar tanto por una excitación motriz como por una inhibición psicomotriz.

Algunos de los síntomas y signos que presentan un componente psicomotriz son: las alucinaciones, los delirios somáticos, la acinesia, la escasez de expresividad, la apatía, la disminución de la energía física...

Por todo ello vemos la necesidad de elaborar un plan de actuación terapéutica que utilice la psicomotricidad para trabajar todas estas alteraciones del esquema corporal en todos sus componentes.

Así mismo también utilizaremos esta medida terapéutica para mejorar dos aspectos importantes que se encuentran también alterados en estos usuarios como son la estimulación de los componentes cognitivos (como la atención, la concentración, la memoria... y la estimulación sensorial) y las relaciones interpersonales, ya que con la psicomotricidad facilitamos la comunicación, la expresión y la interacción grupal.

-Objetivos:

Potenciar la atención, concentración, relajación y memoria a corto plazo

Favorecer la confianza y la seguridad en sí mismo

Favorecer la expresión

Potenciar la estimulación visual, auditiva y táctil

Facilitar la socialización, la cooperación y la comunicación

Fomentar las relaciones personales

Establecer reglas

Favorecer el lenguaje corporal y dar cauce así a los sentimientos y emociones

Desarrollar la coordinación bimanual, el equilibrio, los reflejos, la inhibición-expectancia, el desplazamiento de objetos y del propio cuerpo.

-Metodología:

Taller grupal, 6 a 8 usuarios.

Grupo abierto, activo y generalmente homogéneo

Frecuencia 3 veces por semana

Duración 1 hora

Se lleva a cabo en una sala amplia, adaptada para la ejecución de los ejercicios, con un espejo grande

Material: pelotas de distintos tamaños y colores, picas de colores, aros, colchonetas... y música

Desarrollo de la sesión:

1- Ejercicios de calentamiento: con los que pretendemos poner en marcha todo el aparato locomotor (músculos, articulaciones...) y predisponer al usuario para las actividades que se van a llevar a cabo a continuación, así con estos ejercicios logramos un grado de desinhibición y relajación.

2- Desarrollo de la sesión: En cada sesión se trabajarán diversos componentes de la psicomotricidad

3- Relajación: Se utilizarán técnicas como la relajación progresiva de Jacobson o la autógena de Schulz.

**Taller de manejo del estrés**

Aprender a manejar su nivel de estrés no sólo será positivo para el propio paciente sino también para sus familias y relaciones sociales.

- Objetivos:

Capacitar para identificar las causas provocadoras del estrés y sus efectos en su vida

Adquirir soluciones para manejarlo y mantenerlo a un nivel adecuado

Mejorar la productividad, la tranquilidad

Controlar emociones

Mejorar las relaciones interpersonales.

- Metodología:

Taller grupal

Grupo abierto, activo y tanto homogéneo como heterogéneo

Frecuencia semanal

Duración 1 hora

Técnicas de relajación: relajación progresiva y entrenamiento autógeno de Schultz, ejercicios respiratorios, técnicas de Jacobson, etc.

Taller de expresión corporal: es uno de los objetivos de este taller

Rol playing

Otras actividades: de una manera indirecta también podríamos trabajar el manejo del estrés con musicoterapia, arte terapia, etc.

Debate: puesta en común de posibles soluciones para el manejo del estrés, analizando la conducta (asertiva, agresiva, pasiva)

**Taller de Estimulación Cognitiva**

Todas las situaciones a las que nos enfrentamos en la vida diaria requieren diferentes demandas cognitivas. Encontramos que un gran número de usuarios presenta deterioro en las habilidades cognitivas, necesarias para el desenvolvimiento exitoso en las actividades que desarrollamos cotidianamente. Este déficit observado es debido a diferentes factores, como las consecuencias del abuso de alcohol, la medicación, y la propia enfermedad mental.

La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, percepción, abstracción, operaciones aritméticas y praxis) por medio de programas de estimulación.

Es muy importante trabajar sobre las capacidades residuales de la persona, y no las que haya perdido, ya que lograrán evitar la frustración del enfermo. Todo esto contribuirá a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima por parte del enfermo.

- Objetivos:

Estimular las capacidades cognitivas que el usuario posee

Frenar el deterioro cognitivo o enlentecer el proceso de deterioro

Disminuir la dependencia del paciente

- Metodología:

Taller grupal

Frecuencia diaria

Duración de 45’-1h. (Resulta muy difícil mantener la atención más tiempo)

Ejercicios individuales o grupales

Grupos abiertos, activos y homogéneos (grupos según nivel)

Ejercicios según área a trabajar:

Atención: con tareas simples que ayuden a reforzar la activación mental. Lectura de un texto entre todos siguiendo donde ha parado el anterior, series numéricas concretas, nombres de los meses del año en sentido directo e inverso, etc.

Orientación temporal, espacial y de la persona: con tareas básicas de situación en el momento temporal y espacial (¿qué día de la semana es hoy?), biografía personal y de su entorno más inmediato (amigos, familia…), para mantener al enfermo en contacto con la realidad que le rodea.

Memoria: potenciar la memoria inmediata con ejercicios de repetición de series, reforzar la memoria reciente con ejercicios cortos que faciliten la fijación como el memoria, y trabajar la memoria remota a través de ejercicios mésicos con material visual, verbal y recurriendo a su biografía.

Cálculo: tareas de cálculo mental, resolución de problemas aritméticos, operaciones aritméticas y juegos numéricos.

Razonamiento: con ejercicios que trabajen la capacidad de clasificar características de los objetos.

Escritura: con tareas de redacción de un texto, escritura de una frase o palabras,

al dictado y/o copia, lectura.

Abstracción: lectura de un texto metafórico y comentar su significado, encontrar la moraleja, etc.

Lenguaje: comentarios, lectura, descripciones en voz alta,

Praxis: construcciones, dibujos libre o con copia, unir puntos.

Percepción: encontrar diferencias entre imágenes a priori iguales, encontrar un objeto entre una multitud.

**ÁREAS DE EJECUCIÓN**

**Taller de autocuidado - AVDB**

Esta parte del tratamiento tiene como finalidad que el paciente desarrolle el concepto de autocuidado, poder manejarse de manera más autónoma y practicar una forma de vida saludable siendo su objetivo general la prevención de la salud.

El autocuidado implica la participación activa permanente del paciente dirigida por un profesional de la salud trabajando con compromiso y responsabilidad diaria para su propia salud, tanto física como mental.

Estableceremos metas personales

- Objetivos:

Entregar herramientas prácticas para lograr estilos de vida saludables.

Incorporar o recuperar en el paciente acciones de autocuidado.

- Metodología:

Taller generalmente grupal; se realizarán sesiones individuales si algún paciente lo requiere

Diario

Duración de 1 hora

Grupos abiertos, activos y homogéneos.

Taller grupal en el que se desarrollan dinámicas de entrenamiento en el manejo de las actividades de la vida diaria

AVDB: Lavarse, ducharse, vestirse, arreglarse, adecuadamente.

Ejemplos de algunos talleres a realizar:

Talleres de alimentación: elaboración de alimentos, seguir una alimentación adecuada, teniendo en cuenta horarios, variedad de alimentos, cantidades. También se enseñará a llevar un control en el gasto semanal. Adiestramiento y supervisión en la conservación de alimentos. Acompañamiento y/o supervisión en la realización de compras en alimentación. Puede ser un taller muy motivante para el paciente y a su vez puede adquirir nuevas habilidades saludables para su vida.

Talleres de higiene personal: tratar que el paciente automatice los hábitos de higiene (ducha, limpieza dental, cambio de ropa, peinado, etc.) en un proceso en el que se desglosan las etapas de cada tarea y se van introduciendo de manera secuencial.

**Taller de psicoeducación**

Es muy importante que los pacientes conozcan bien su enfermedad y los síntomas que conlleva, ya que permite que afronten su situación de manera más efectiva, por lo que el taller de psicoeducación sobre esquizofrenia en el tratamiento será esencial.

- Objetivos:

Aumentar el conocimiento y la comprensión de temas que puedan mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias.

-Metodología:

Taller grupal

Grupos abiertos, activos y heterogéneos

Semanal

Duración de 1 hora

Charla-debate: los temas serán sobre salud: esquizofrenia, medicación, estrés, prevención de enfermedades, alimentación, higiene, etc. Además, los pacientes podrán proponer temas a tratar que les motive y que puedan ser beneficiosos para ellos sirviéndoles de apoyo y orientación.

El objetivo final del tratamiento es la integración laboral, que a su vez aporta al individuo la integración social y el desarrollo personal.

**SUGERENCIAS Y PROPUESTAS**

 Las características propias de la esquizofrenia (enfermedad mental, sintomatología psicológica, entre otros) pueden fomentar conductas estigmatizantes en la sociedad.

Es desconocido por la mayoría que a muchas de las personas que sufren la enfermedad les resulta difícil escapar del estereotipo de su propia condición. Diferentes estudios revelan que las personas con esquizofrenia son tan negativos en sus opiniones como lo es la población general. El estigma asociado a una enfermedad mental grave como la esquizofrenia también afecta a los familiares de las personas con dicho trastorno.

La esquizofrenia generalmente se desarrolla en la adolescencia o en los primeros años de la adultez en los niños por lo general comienza después de los cinco años de edad, eso impide una formación educativa o la elección de una carrera profesional.

 Por consiguiente, puede que muchas personas con esquizofrenia no consigan tener la formación necesaria para un trabajo calificado, no es infrecuente la negativa a alquilar una vivienda, ni a contratar laboralmente a una persona con esquizofrenia.

 Las consecuencias más importantes del estigma sobre las personas con esquizofrenia y la salud mental se reflejan en diversos aspectos: falta de recursos en los servicios de salud mental, problemas en la vivienda, dificultad en la obtención o mantenimiento de puestos de trabajo remunerado o claras muestras de aislamiento social.

Tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo, el aislamiento social es un denominador común, y se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad. Algunos medios de comunicación tienden a vincular las enfermedades mentales con las conductas violentas.

La mayoría de los individuos con esquizofrenia no son violentos; más bien tienden al retraimiento y prefieren que se les dejen solos.

El abuso de ciertas substancias aumenta el riesgo de violencia en las personas con esquizofrenia, pero también en personas que no padecen enfermedad mental alguna. Es importante saber que una persona con esquizofrenia no es agresiva cuando está estabilizado y cumple adecuadamente su medicación. Cuando se interrumpe el tratamiento, las personas con síntomas paranoicos y psicóticos, pueden correr alto riesgo de presentar comportamiento violento.

 Los enfermos de esquizofrenia presentan una discriminación añadida debido a la dificultad de adaptación al medio. El retraimiento social es uno de los síntomas negativos frecuentes de la esquizofrenia y las personas experimentan a menudo dificultades emocionales, sociales y motivacionales.

Los síntomas de la enfermedad les pueden frenar para participar en la vida diaria, provocándoles un sentimiento de aislación e incapacidad para relacionarse con otras personas y entablar relaciones importantes.

Sin embargo, hay razones para ser optimistas. Ciertos factores influyen en que exista un menor nivel de estigma asociado a trastornos mentales.

Las personas con esquizofrenia que cuentan con el apoyo y tolerancia de familiares, amigos y las personas que le rodean, consiguen reinsertarse a la vida familiar y laboral. La sociedad tiene la oportunidad de informarse y actuar, para ayudar a borrar el estigma y la discriminación en la enfermedad mental

Bajo la premisa de que la persona con esquizofrenia sigue un tratamiento farmacológico sostenido, las intervenciones psicosociales y la psicoterapia tienen como objetivo ayudar a estas personas a superar los obstáculos psicológicos, sociales y laborales.

Estas terapias antes mencionadas dentro de esta investigación pueden ser útiles para las personas con síntomas menos graves o para aquellos cuyos síntomas psicóticos están controlados. El grado en que se ven afectadas las capacidades mentales (a veces denominadas “funciones cognitivas” como, por ejemplo, la concentración, la memoria, el pensamiento y la capacidad para planificar o solucionar problemas) influye significativamente en las posibilidades de volver a los estudios o de encontrar y mantener un empleo.

Con la ayuda de los medicamentos antipsicóticos más modernos, los síntomas pueden controlarse de modo a que interfieran lo menos posible con el día a día de la persona. Son muchas las personas que han conseguido avanzar a pesar de su esquizofrenia y han disfrutado de vidas felices y plenas.

**SUGERENCIAS:**

* Informarse sobre la enfermedad que padece su familiar. la persona que mejor puede hacerlo es el psiquiatra.
* asegúrese que el paciente cumpla las medidas terapéuticas recomendadas y el uso correcto de la medicación que le han recetado
* .aprender a reconocer los síntomas previos a una crisis.
* Permita que el paciente se aislé algunas veces.
* Contar con el apoyo de la familia y amigos es fundamental para que las personas que tienen la enfermedad se reintegren a la vida laboral.
* El tratamiento farmacológico unido a la psicoterapia e intervenciones psicosociales que se emplean hoy en día puede ayudar a las personas con esquizofrenia.

Para quienes tienen esquizofrenia es importante sentirse cómodos y aceptados, algo que mejora tanto su bienestar general como el de su familia. Para un miembro de la familia o un cuidador puede ser muy positivo ver que su familiar o amigo con esquizofrenia interactúa con otros miembros de la familia y amigos, y que disfruta nuevamente de las actividades cotidianas Y con esto ayudar a superar las barreras sociales relacionadas con la esquizofrenia y llevar una vida social normal.

**CONCLUSIONES**

Como conclusión en este trabajo en primer lugar corroboro mi hipótesis ya que en ella planteaba las causas de la esquizofrenia son: tener antecedentes familiares, enfermedades por inflamación auto inmunitarias o en el sistema inmunológico y por medio de lo expuesto en el trabajo esto demuestra, según mi punto de vista, por completo, ya que demostré que esta influye por ejemplo en el desarrollo de la enfermedad como la transmisión por herencia, y también influyen otros factores ambientales como las drogas, aunque es mayor la predisposición por herencia genética y que es mucho mayor la posibilidad de tener esquizofrenia si un pariente cercano la tiene.

También es importante la familia en la recuperación del paciente ya que el apoyo familiar hacia el enfermo como su contención y el control que tiene que ejercer la familia para que el sujeto que se esté recuperando siga de manera estricta con el tratamiento conociendo las diferentes causas y las diferentes terapias psicológicas acompañados de tratamiento farmacológico.

Además este trabajo sirve para tener un conocimiento básico sobre dicha enfermedad, conociendo sus etapas y la recuperación.

La esquizofrenia es una enfermedad de la que aún se tiene muchas dudas y que constantemente se hacen nuevos descubrimientos, por ende es necesario estar actualizado sobre esta enfermedad que a todos puede afectarnos.

Hay que crear una mentalidad en la sociedad diferente a la que se tiene actualmente sobre los que padecen esquizofrenia, esa sensación de miedo o de rechazo que se tiene al enterarse que alguien es o fue esquizofrénico, este trabajo o similares intentan por medio del conocimiento deshacer esta actitud y crear una conciencia para la asimilación de estas personas, al tener la información se refutan los mitos que se tiene y entonces se puede ser solidarios.

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 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.

# **BIBLIOGRAFÍA**

(s.f.). Obtenido de https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-estudio-vincula-esquizofrenia-mayor-nivel-anticuerpos-contra-virus-epstein-barr-20190109182549.html

Alarcón, V. (1986). *Psiquiatría.* Buenos Aires: Médica Panamericana.

Arturo, M. A. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa, guía didáctica. En M. A. Arturo, *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa, guía didáctica* (pág. 109). Neiva.

Balleús Creus, C. &. (2002). En *Hablemos Claro. Como convivir con la esquizofrenia.* Barcelona: Grijalbo Mondadori S.A. .

Bastar, S. G. (2012). Metodoligía de la Investigación. En S. G. Bastar, *Metodoligía de la Investigación.* Maria Eugenia Buendía López.

Bousoño. (2005).

Bunge, M. (s.f.). Obtenido de https://users.dcc.uchile.cl/~cgutierr/cursos/INV/bunge\_ciencia.pdf

Ferrari. (1997). *Psicopatología General y Psiquiatria Dinamica.* Cordoba: Cosmos.

*file:///C:/Users/madij/Downloads/3820-Texto%20del%20art%C3%ADculo-14582-1-10-20121219.pdf.* (s.f.). Obtenido de file:///C:/Users/madij/Downloads/3820-Texto%20del%20art%C3%ADculo-14582-1-10-20121219.pdf

Hugo Enríquez-Sáncheza, \*. M.-M. (s.f.). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes.

Investigación, M. d. (2008). Metodología de la Investigación. En D. S. Rivero, *Metodología de la Investigación.* Editorial Shalom .

Lopera Echavarria, J. D., Ramírez Gómez, C. A., Zuluaga Aristazábal, M. U., & Ortiz Vanegas, J. (2010). EL MÉTODO ANALÍTICO COMO MÉTODO NATURAL. *Nómadas*.

Muuss, R. E. (1966). *Teorías de la Adolecencias.* Buenos Aires: Paidós.

Newman, G. D. ( 2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus*, 180-205.

Oliva, L. L. (s.f.). Obtenido de https://metfahusac.weebly.com/uploads/6/5/0/9/65099471/informe\_creativo-grupo\_5.pdf

Oliva, L. L. (2015). *METODOS DE INVESTIGACION.* Guatemala: Universidad San Carlos De Guatemala.

Psiquiatría. (1986). *Psiquiatría.* Buenos Aires: Medica Panamericana.

Ruiz, R. (2007). Obtenido de http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf

Tamayo, M. T. (s.f.). *trabajodegradoucm.weebly.com/uploads/1/9/0/9/19098589/tipos\_de\_investigacion.pdf.*

Torres, R. R. (1995). *Manual de Investigación Documental .* Plaza y Valdez.

Vallejo Ruiloba, J. (2000). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría (4ª ed.). .* Barcelona: Masson.

Yung, A. R. (1996). El pródromo inicial en la psicosis: Aspectos descriptivos y cualitativos.

**ANEXO**