

**Nombre de alumnos:**

**Kanter Moreno Zulema Guadalupe**

**Nombre del profesor:**

**Cordero Gordillo María del Carmen**

**Nombre del trabajo:**

**Causas del Trastorno de la Esquizofrenia Infantil**

**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 a todos mis compañeros por todos los momentos brindados, el apoyo que me brindaron cuando los necesitaba y las enseñanzas de vida.

**Índice**

Introducción………………………………………………………………………….1

Capítulo I Protocolo de investigación

Planteamiento……………………………………………………………...………..2

1.1 Preguntas de investigación…………………………………………………….3

2.- Objetivos………………………………………………………………………….4

3.- Justificación……………………………………………………………...……….5

4.- Hipótesis…………………………………………………………………………..6

4.1 Variables………………………………………………………………….………7

5.- Metodología……………………………………………………………………....8

6.-Bibliografía…………………………………………………………………………9

Capítulo II Origen y Evolución

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

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

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

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

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

2.4.2 Tratamiento Psicosocial………………………………………………………

2.4.3 Orientación a la Familia………………………………………………………

Capítulo III Marco teórico

3.1 Pródromo

3.1.1 Características del pródromo

3.1.2 Importancia del pródromo

3.1.3 Intervención en el pródromo

3.2 Intervención temprana de la esquizofrenia.

3.2.1 La importancia de la detección precoz.

3.2.2 Los beneficios de potenciales de la intervención temprana.

3.3 Factores de riesgo

3.3.1 Adolescencia

3.3.2 Historia familiar

3.3.3 Trauma perinatal

3.3.4 Infección por virus

3.3.5 Abuso de drogas

3.3.6 Acontecimientos de la vida

 **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).

**6.- Bibliografía**

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.

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

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

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*.

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.

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.