



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Psicosis de tipo esquizofrénicos en niños y adolescentes, desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología
Clínica Infanto – Juvenil.

Autora: Viviana Sanza Castro
Profesora Guía: Gabriela Sepúlveda Ramírez

Santiago, noviembre 2011.

Resumen

La presente tesis de orientación teórica, se enmarca en una línea de investigación en psicoterapia evolutivo cognitivo constructivista del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

El objetivo principal del presente trabajo es observar el desarrollo de la psicosis esquizofrénica en niños y adolescentes desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista y, desde ese marco, plantear lineamientos de intervención. De esta manera, se entrega un aporte tanto para la evaluación psicológica como para la psicoterapia con niños y adolescentes que estén en riesgo de desarrollar esta patología y/o que estén cursando la misma.

Para tal efecto, se realizó una revisión bibliográfica de autores constructivistas especialmente de Jean Piaget y sobre la esquizofrenia en niños y adolescentes. Esto, se complementó con entrevista a expertos nacionales tanto en el área de la esquizofrenia, como de la psicopatología y psicoterapia evolutiva.

ÍNDICE

	Pág.
1.- Introducción.	3
2.- Esquizofrenia en niños y adolescentes.	7
2.1.- Aspectos históricos.	7
2.2.- Descripción de la esquizofrenia en niños y adolescentes.	13
3.- Enfoque evolutivo cognitivo constructivista.	21
3.1.- Aspectos epistemológicos.	21
3.2.- Aspectos cognitivos.	23
3.3.- Aspectos evolutivos.	27
3.4.- Psicopatología evolutiva.	33
3.5.- Psicoterapia evolutivo cognitivo constructivista.	35
4.- Esquizofrenia desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista.	38
4.1.- Desequilibrios permanentes.	41
4.2.- Fijación en una etapa del desarrollo.	42
4.3.- No adquisición de una imagen de si e identidad del sí mismo realista.	45
5.- Lineamientos de intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes que presentan esquizofrenia desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista.	47
5.1.- Periodo exploratorio.	48
5.2.- Período experimental	54
5.3.- Periodo integración.	59
5.4.- Período autonomía	60
6.- Conclusiones y discusión.	62
7.- Bibliografía.	67
8.- Apéndice.	74

1.- Introducción:

La esquizofrenia es una psicosis grave de una evolución larga e incierta, pese a los tratamientos (Broustra, 1979). Sus síntomas característicos incluyen alucinaciones, delirios, pensamiento y discurso desorganizado (Bleuler, 1993), así como alteración en la expresión emocional (Leff & Vaughn, 1981) y en la motivación (American Psychiatric Association, 1994). Su etiología compleja se articula 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 socioterapéutica (Broustra, 1979; Sikich, 2009).

La esquizofrenia de inicio temprano, antes de los 18 años, es poco frecuente (Remschmidt, 2001). Sin embargo, se ha reportado su existencia desde el diagnóstico introducido por Emil Kraepelin a principios del siglo pasado, quien aludió a que 3.5% de los pacientes esquizofrénicos había comenzado la enfermedad antes de los 10 años (King, 1994; Parry-Jones, 2001; Assumpcao, 2000; Kanner, 1982; Sikich, 2009). Actualmente, se hace la diferenciación entre esquizofrenia de inicio temprano (antes de los 19 años) y la esquizofrenia de inicio muy temprano (12 años o menos) (Gillberg, 2001).

El inicio de la esquizofrenia temprana es generalmente insidioso, especialmente en los casos de más temprana aparición (Dunn et al. 2001; Sikich, 2009). Se ha observado un funcionamiento premórbido particular en los niños y adolescentes que posteriormente presentan esquizofrenia, observándose alteraciones a nivel neurocognitivo, motor, afectivo y social (Cornblatt, 2001; Dunn et al. 2001; French y Morrison 2004; Mc.Gorry, 2009; Chinchilla, 2007; Bermudo-Soriano et al. 2007; Assumpcao, 2000).

Si bien en la psicosis esquizofrénica que debuta a edades tempranas (antes de los 18 años) se pueden observar síntomas similares a los presentados por adultos como alucinaciones, alteraciones del pensamiento, aislamiento y embotamiento afectivo, existen diferencias cualitativas y cuantitativas de acuerdo al proceso de desarrollo (Volkmar, 2001; Gillberg, 2001; Hollis, 2001)

Las clasificaciones diagnósticas más utilizadas en la actualidad como DSM-IV y CIE-10 basan su definición de esquizofrenia en las manifestaciones sintomáticas presentadas en adultos, perdiéndose la variabilidad de los síntomas de acuerdo a la etapa evolutiva del sujeto (Hollis, 2001). Alusión especial sobre la esquizofrenia en población infanto juvenil sólo se encontró en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000) pero ninguno de los textos revisados hace referencia a ella.

Estudiosos sobre el tema (Remschmidt, 2001; Hollis, C; 2002; McGorry et al., 2009) manifiestan la necesidad de un proceso más complejo de evaluación diagnóstica que además de considerar los síntomas psicóticos, se dirija hacia una aproximación sobre el desarrollo y procesos cognitivos que predisponen a la psicosis. Se plantea que el estudio de la esquizofrenia desde una perspectiva del desarrollo, requiere aumentar el conocimiento sobre el desarrollo normal para contribuir con mayor precisión a las teorías existentes (Ciccetti y Schineider-Rosen, 1984; en Gooding y Iacono, 1995)

El retraso en el diagnóstico del primer episodio de esquizofrenia obstaculiza el acceso a un tratamiento adecuado, favorece la falta de adherencia al tratamiento, genera desesperanza en la familia al no ver cambios significativos en el funcionamiento del niño y se asocia a un peor pronóstico (Sikich, 2009; McGorry, 2009). Así como también, las personas evitan consultar por temor a la estigmatización del diagnóstico (McGorry, 2009).

En la actualidad, el énfasis está puesto en la comprensión de la esquizofrenia como una alteración del neurodesarrollo de carácter progresivo y con alteraciones en el funcionamiento del sujeto algunas ya detectables desde la niñez (Weinberger, 1987, en Hollis, 2001; Gillberg, 2001; Murray y Lewis, 1987; Asarnow y Karatekin, 2001; Martínez, 2006; Silva, 2006; García, 2006). Sin embargo, otras alteraciones conductuales del proceso neuropatológico pueden no manifestarse hasta que el organismo alcanza un nivel suficiente de maduración, por lo cual el estudio de la esquizofrenia como un proceso, permite determinar en qué momentos de la vida se presentan los primeros signos de la enfermedad (Gooding y Iacono, 1995). De esta manera, se apunta hacia la detección temprana para reducir el tiempo que el paciente se mantiene sin tratamiento y empeora su calidad de vida (McGorry et al., 2009), así como para la prevención en población joven que presenta alto riesgo de desarrollar esta patología (French y Morrison, 2004).

De acuerdo a esto, es que le trabajo clínico actual apunta a mejorar el pronóstico del paciente esquizofrénico, disminuyendo la mortalidad y el proceso de deterioro que se produce si el paciente no recibe tratamiento en un tiempo oportuno. Para ello, las investigaciones se dirigen hacia la prevención detectando personas que se encuentran en alto riesgo de presentar una esquizofrenia, con el objetivo de tratarlos desde ese nivel que se puede considerar como de inicio del cuadro clínico aun cuando sean subsindromales (McGorry et al. 2009).

Con respecto al tratamiento, ya es compartida la idea de la importancia de la psicoterapia como complemento a la farmacoterapia (French y Morrison, 2004; Henry, 2004; McGorry, 2009) tanto para comprensión del paciente sobre el trastorno y reducción de síntomas positivos (Edwards et al., 2004) como para favorecer el proceso de adaptación y reinserción social (French y Morrison, 2004). La esquizofrenia es susceptible de psicoterapia (Sechehaye, 1958; Conrad, 1997).

La terapia cognitiva en la actualidad es considerada como parte importante y eficiente en el tratamiento de la esquizofrenia (McGorry et al. 2009). Sin embargo, los estudios con población más joven encontrados (Henry, 2004; Edwards, 2004; Birchwood, 2004; French & Morrison, 2004) no disminuyen de los 14 años y no se refieren a los aspectos evolutivos de los pacientes. Se tratan fundamentalmente de tratamientos cognitivos conductuales dirigidos a la disminución de los síntomas positivos, así como para el entrenamiento en habilidades sociales.

Frente a este panorama, se considera útil la comprensión de la psicosis esquizofrénica en niños y adolescentes desde un marco evolutivo cognitivo constructivista, para la posterior intervención. La epistemología constructivista considera al individuo como un participante activo en la construcción de su propia realidad (Ronen, 2003, Rosen, 1996). Este proceso de construcción es dinámico y va evolucionando de acuerdo al desarrollo de estructuras cognitivas, que se generan en la interacción del individuo y con el ambiente (Piaget, 1978).

En el constructivismo se reconoce el aporte de Jean Piaget (Feixas & Villegas, 2000; Feixas y Miró, 1995; Rychlack, 1988; Rosen y Kuehlwein, 1996). Piaget plantea (Piaget, 1986) que el desarrollo psíquico consiste esencialmente en una marcha hacia el equilibrio, pasando de un estado de menor equilibrio a uno de equilibrio superior. Es un proceso de construcción continua que se da en fases de ajustamiento movilizadas por desequilibrios o perturbaciones las que van permitiendo mayor flexibilidad y movilidad. Para Piaget (en Rychlack, 1988) la conducta anormal o desajustes es el resultado de desequilibrios permanentes, fijación en cierta etapa del desarrollo y la no adquisición de una imagen personal e identidad de sí mismo realista.

En este contexto, señala Sepúlveda, G. (1997) que en la psicopatología destaca como central el desequilibrio de las estructuras lógicas. La evaluación clínica a través de la observación y comprensión de las diferentes estructuras psíquicas en los aspectos cognitivos, afectivos, sociales y morales, es esencial para determinar el nivel en que hay que iniciar el proceso terapéutico, de acuerdo al nivel de desarrollo evolutivo de cada sujeto.

Autores como Ivey (1990) y Kegan (1982) han basado su trabajo terapéutico constructivista en los aportes de Piaget. Comprenden el desarrollo del individuo como un proceso complejo donde el sujeto activamente participa en la construcción de su realidad. Reconocen en el desarrollo evolutivo la interacción de factores biológicos, individuales y ambientales, donde la psicoterapia debe adecuarse a cada caso en particular.

La terapia evolutivo cognitivo constructivista implica un proceso de cuidadosa y continua evaluación que intenta analizar la etapa del desarrollo en que se encuentra el paciente, sus necesidades, herramientas y habilidades particulares, así como el conocimiento del terapeuta sobre el problema específico para determinar el mejor tratamiento (Ronen, 2003).

En el tratamiento se enfatiza la relación del sujeto con el ambiente y su mutua influencia (Ronen, 2003). En cuanto esto, siguiendo a Hugh Rosen (Rosen, 1996), la terapia constructivista no enfatiza la validación (correspondencia entre las creencias individuales y una verdad objetiva) sino que la viabilidad (la adaptación de las creencias del individuo que le permitan una interacción exitosa con el mundo) (Rosen, 1996).

La metodología utilizada es una investigación de orientación teórica de carácter documental, exploratorio y descriptivo. Documental, dado que la información se obtendrá en base a la revisión bibliográfica exhaustiva sobre la esquizofrenia en niños y adolescentes y el enfoque evolutivo cognitivo constructivista, especialmente sobre los aportes de Jean Piaget, así como también, a través de entrevistas a los expertos nacionales Dr. Eduardo Durán (1), Dr. Mario Sepúlveda (2) y Ps. Gabriela Sepúlveda (3) en el área de la esquizofrenia, psicopatología evolutiva y psicoterapia evolutiva respectivamente. Exploratorio, dado que hasta el momento no se han encontrado publicaciones específicas sobre la visión de la esquizofrenia de inicio precoz desde una dimensión piagetana, así como sobre la terapia evolutivo cognitivo constructivista dirigida a pacientes con esquizofrenia de temprana aparición. Y, descriptiva, puesto que se pretende describir criterios generales de intervención psicoterapéutica para niños y adolescentes que presenten psicosis de tipo esquizofrénico desde la teoría constructivista evolutiva.

De acuerdo a todo lo mencionado anteriormente, la relevancia y originalidad del presente trabajo radica en una aproximación de la esquizofrenia en el niño y adolescente desde la perspectiva evolutiva cognitivo constructivista. Los síntomas y desarmonías en el desarrollo del niño y adolescente serán mirados desde el marco de la psicopatología evolutiva. A partir de esto, se plantearán lineamientos generales de intervención que se puedan ajustar a la realidad de cada paciente considerando su nivel de desarrollo y síntomas que manifiesta. Se propone un aporte al clínico para la temprana detección de la psicosis esquizofrénica y su tratamiento psicoterapéutico.

Se continuará con la revisión del concepto de esquizofrenia y su forma de manifestación en niños y adolescentes. Luego, se abordará el desarrollo psicológico desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista y las desarmonías presentes en el desarrollo psicopatológico. Finalmente, se analizarán los aspectos alterados del desarrollo en el sujeto que presenta esquizofrenia y plantearán lineamientos de intervención.

(1) Psiquiatra, Profesor Universidad de Chile.

(2) Psiquiatra, Profesor Universidad de Chile, Maestro de la Psiquiatría Chilena.

(3) Psicóloga Clínica Infanto Juvenil, Master en Psicología Educacional, Dra. En Filosofía mención Etica. Profesora Asociada, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

2.- Esquizofrenia en niños y adolescentes

2.1.- Aspectos históricos:

En 1816 Esquirol (en Broustra, 1979) diferencia los déficits intelectuales congénitos (retardo) de otros déficits adquiridos a los que denomina demencias. Aludió a que la demencia constituía una degradación de la eficiencia intelectual con pérdida del juicio, desaparición progresiva de las posibilidades de comunicación y aparición de conductas instintivas que perturban gravemente la vida social. Se trataría de un daño global e irreversible que sobreviene principalmente en el curso de la vejez.

Más tarde Morel, observó esta enfermedad en sujetos jóvenes (20 a 30 años) señalando que estos sujetos “*están aquejados de estupidez desde su juventud*” (en Broustra, 1979 pp. 23). Introduce el término *demencia precoz* en 1852 (en Nevot et al. 2007) para referirse al cuadro que describe de aparición a edades tempranas, a veces agudo, de rápida evolución y profunda demencia final. Lo llamó *demencia precoz* en su *tratado de las enfermedades mentales* para sustituir el término de *estupidez adquirida* (Morel 1850, en Chinchilla, 2007). Posteriormente, se refirió a que se trataría más que de una incapacidad en el razonamiento, de una insensibilidad a los estímulos del mundo exterior, junto a lo cual se observa extravagancia del gesto y la palabra, así como una disposición a la inmovilidad prolongada a lo que denominó catalepsia (Morel, en Broustra, 1979). En 1874 Kahlbaum (en Broustra, 1979) comprueba que este estupor mental se acompaña de posturas extrañas a las que denominó catatonía.

Emil Kraepelin aporta un significado adicional a la demencia precoz. Señala que el estado de demencia aparece rápidamente al inicio de la enfermedad, a diferencia de Morel, para quien el término alude a que el estado demente comienza precozmente en la vida, en oposición a la demencia senil (Arieti, 1965). Además, Kraepelin en 1894 (en Hollis 2001; Chinchilla, 2007), utilizó el término *demencia precoz* para distinguir entre los pacientes con un tipo de psicosis que típicamente comenzaba en la adultez temprana y seguía con un deterioro progresivo, de los que presentaban psicosis maníaco depresiva cuyo curso era más benigno y episódico. Entre 1898 y 1899, Kraepelin (en Chinchilla, 2007) agrupa bajo el término *demencia precoz* la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide. Kraepelin (1996) señala que la demencia precoz “*consiste en una serie de estados, cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Los efectos de este daño predominan en las esferas emocional y volitiva de la vida mental*” (pp.3). Observó dos desórdenes que caracterizan la enfermedad (Kraepelin, 1996): el primero es el debilitamiento de aquellas actividades emocionales que constituyen permanentemente los resortes de la volición (cuyo resultado es el embotamiento emocional, fracaso de las actividades mentales, pérdida de dominio sobre la voluntad y fallas en la habilidad para la acción independiente); y el segundo, la pérdida de la unidad interna de las actividades del intelecto, de la emoción y de la voluntad en sí mismos y entre unas y otras (manifestándose en la incoherencia del curso del pensamiento,

agudos cambios de humor, así como inconsistencia y perturbaciones en el trabajo práctico). La impronta en el pensamiento de Kraepelin es que consideraba adecuado partir de la psicología normal para estudiar la anormal, donde la psicopatología sería una desviación de la norma (Kraepelin, 1996). Asimismo, privilegiaba el curso evolutivo para establecer categorías nosológicas (Silva, 2000). Su monografía “*Demencia precoz y parafrenia*” se considera la más perfecta descripción de los síntomas esquizofrénicos desde la perspectiva fenomenológica (Arieti, 1965).

De Santis en 1906 (King, 1994; Kanner, 1982) describe la *demencia precocísima* para distinguir casos de niños que presentan retraso en el desarrollo, déficits intelectuales, afectos inapropiados, aislamiento social, conductas bizarras y alteraciones del lenguaje. Alude también a manierismos, negativismo y síntomas catatónicos, similares a los observados en la demencia precoz (Parry-Jones, 2001). Heller (1908, en Parry-Jones, 2001) describe casos que denominó *demencias infantiles* en los cuales como en la demencia precocísima, había un rápida y profunda alteración del discurso, agitación y demencia, en niños de 3 ó 4 años previamente normales.

Eugen Bleuler, quien fue discípulo de Kraepelin introdujo en 1911 el término *esquizofrenia* en vez de demencia precoz (Broustra, 1979), que etimológicamente significa “mente dividida” (Vigano y Fisher, 1975). Bleuler señala (citado en Broustra, 1979): “*Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque, como espero poder demostrar, la dislocación de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes. Por comodidad empleo el termino en singular, por más que el grupo comprenda probablemente varias enfermedades*” (pp.35). A diferencia de Kraepelin, privilegia el cuadro de estado por sobre el curso evolutivo realizando un corte transversal en su estudio (Chinchilla, 2007), concluyendo que la característica fundamental es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas y no necesariamente la progresión hacia un estado demente (Arieti, 1965). Distinguió síntomas fundamentales (laxitud de asociaciones, aplanamiento afectivo, autismo y ambivalencia) de síntomas accesorios (delirios, alucinaciones, manifestaciones catatónicas, etc.) (Bleuler, 1993). Además, diferenció un nuevo subtipo, el simple (Arieti, 1965). Si bien reconoció trastornos afectivos en la esquizofrenia, no los consideró como síntomas primarios (directamente relacionados con el proceso de la enfermedad) sino como secundarios (resultado de la combinación de síntomas primarios) (Arieti, 1965). Agregó, que el efecto desintegrante de la esquizofrenia no dependía directa y absolutamente de una perturbación orgánica y admitía que el contexto psicológico introducía complejidades en su expresión, evolución y tal vez en su desencadenamiento (Broustra, 1979).

Bleuler estimó que el 4% de los casos de esquizofrenia comenzaban antes de los 15 años señalando “*la esquizofrenia no es una psicosis de la pubertad en el estricto sentido de la palabra, sin embargo en la mayoría de los pacientes la enfermedad comienza a manifestarse pronto tras la pubertad*” (citado en Parry-Jones, 2001 pp.5). Al respecto refiere: “*no conocemos diferencias entre la infantil y otras formas de la enfermedad. Si observamos pacientes durante la infancia, ellos presentan los mismos síntomas que aquellos vistos en los adultos. Notamos, sin embargo, que el análisis de los pacientes tan*

jóvenes es más difícil” (...) la dificultad incluso se encuentra en nuestra falta de experiencia con técnicas de manejo en las psicosis juvenil” (Bleuler, 1950, pp. 240-1, en Parry-Jones, 2001).

Minkowski, quien fue asistente de Bleuler, participando en el grupo “evolución psiquiátrica” fundado en París en 1920, introdujo concepciones filosóficas a la reflexión psiquiátrica orientando la enfermedad mental hacia perspectivas psicológicas (Broustra, 1979). Propone una reflexión psicopatológica que, más allá de la minucia de los síntomas, intente abordar “la estructura íntima del psiquismo esquizofrénico”. Se interesa también por la herencia de los esquizofrénicos, notando la frecuencia con que los ascendientes de un sujeto enfermo presentan perturbaciones psiquiátricas. Es así, como introduce la noción de estudios genealógicos (Broustra, 1979). Para Minkowski (1927, en Lozano Suárez, 2007) el trastorno subyacente que explicaría todos los síntomas y signos de la esquizofrenia sería la pérdida del contacto vital con la realidad.

Ya en la década de 1930 la esquizofrenia es descrita y diagnosticada en un pequeño número de niños utilizando el mismo criterio que se aplicaba a los adultos, momento en que comienza aemerger como disciplina separada la psiquiatría infantil (Parry-Jones, 2001). En 1933 Potter (en Volkmar, 1996) describe la esquizofrenia en la infancia con ciertos aspectos específicos como pérdida de interés por el entorno, alteraciones del pensamiento o afectos y cambios en la conducta. Potter (1963, en Kanner 1982) se refiere a las diferencias en la manifestación del cuadro con los adultos señalando: *“Los niños no pueden presentar una psicopatología tan compleja como la que se encuentra en los adultos. No debemos olvidar que el desarrollo intelectual y la experiencia de los niños son menores que los alcanzados por los adultos. La complejidad del lenguaje es propia de la inteligencia madura. Los niños no poseen la facilidad de traducir ampliamente sus sentimientos en palabras ni tienen capacidad para formular complicadas abstracciones. Por consiguiente los delirios que se ven en la niñez son sencillos y su simbolización, ingenua... Los síntomas principales se encuentran en la conducta y en una permanente falta de conexiones afectivas”* (pp.730) El término posteriormente deriva a psicosis infantiles dada la dificultad para caracterizar los diversos cuadros psicóticos en los niños (Volkmar, 1996).

Bender en 1940 (en Parry-Jones, 2001) observó más de 100 preadolescentes esquizofrénicos concluyendo que la mayoría de los niños esquizofrénicos continúan siendo diagnosticados como tales en la adolescencia y adultez. Para Bender (1947, en Kanner 1982) la esquizofrenia es *“una entidad clínica que presenta un estado patológico en todos los niveles y todas las zonas de integración y de conformación dentro del sistema nervioso central, ya sea vegetativo, motor, de la percepción, intelectual, afectivo o social”* (pp.742). Aludía a que la patología se debía a una encefalopatía difusa (Kanner, 1982).

Kurt Schneider (1951) habla de síntomas de primer y segundo orden. En los primeros menciona eco del pensamiento; voces dialogadas o comentadoras de la propia actividad; difusión del pensamiento; vivencias de influencia corporal; bloqueo, robo o intervención del pensamiento; percepción delirante; sentimiento o acciones intervenidas; y flecha intencional invertida en el sentido que para el sujeto “el mundo es el que se lo impone” presentando una pérdida de la voluntad. Y, en los segundos, las pseudopercepciones; intuiciones delirantes; perplejidad y/o autismo; depresiones y euforias; y empobrecimiento de la vida afectiva (García, 2006).

Karl Jaspers (en Silva 2000) se refirió a la esquizofrenia como un “proceso psíquico” que es psicológicamente incomprendible y tiene un elemento de irreversibilidad representado por el “defecto esquizofrénico”. Hizo la distinción entre proceso y desarrollo. El desarrollo se entiende como un despliegue interno de la personalidad originaria, a cuya potenciación contribuyen determinadas circunstancias vitales; la personalidad pierde el contacto con la normalidad, pero sus componentes no varían. El proceso, es una modificación de la vida psíquica que conduce a una alteración permanente (Chinchilla, 2007).

Conrad (1997) en la década de los 50’ estudio desde la fenomenología el proceso esquizofrénico en población compuesta por militares, definiendo cuatro etapas. En primer lugar se refirió al “tremo”, cuya duración es variable pudiendo ser incluso de años. Se caracteriza por un estado de tensión con matices de culpa e inhibición depresiva y, en la misma medida, también desconfianza e incluso en algunos casos puede adoptar una tonalidad positiva a la que se refirió como una “espera embriagadora” (pp.106). El estado anímico (humor delirante) derivaría de la personalidad fundamental del enfermo y toma los contenidos de la temática de esta enfermedad. La segunda etapa la denominó “apofánica”, la cual estaría marcada por la aparición de los síntomas psicóticos cuya vivencia central es la percepción delirante. El término apofánico lo empleó en base a la afirmación de Jaspers “el saber acerca de las significaciones, que se impone de modo inmediato” (en Conrad, 1997 pp. 107) lo que alude al carácter esencial de la vivencia delirante: la revelación. Aquí, el sujeto ha perdido la capacidad de transposición necesaria para dejarse sacar de su error porque el cambio de estructura que se ha producido en él, ha eliminado la posibilidad de reflexión crítica. De esta manera, las cosas ya no serán las mismas de antes aunque externamente sean parecidas, se les otorga otra relación de sentido; todo gira en torno al sujeto, vive en un “cautiverio del yo” (pp.166). El individuo no puede salir de sí mismo para poder considerarse como un ser entre otros en un mundo compartido (anástrofe). Cuando lo apofánico se limita al mundo de las vivencias internas, adquiere la forma de “ocurrencias” que son imágenes de origen libre que aparecen en la conciencia, surgiendo vivencias como la difusión y sonorización del pensamiento. La tercera etapa es la “apocalíptica” que constituye el estado catatónico, donde el sujeto puede estar agitado o apático, haciendo manifestaciones espontáneas incoherentes; o bien, no las hace en absoluto. El sujeto puede presentar rigidez en la motricidad pareciendo como si ya no viviera nada. El caos también se refleja en la corporalidad sobre la cual se pierde la continuidad, hay una desintegración, viviendo algunas partes mientras otras desaparecen transitoriamente. Conrad señala que la fase apocalíptica es un grado más profundo de apofanía tras la cual sigue un estado de amnesia. Finalmente, alude a un estado

“residual” (defecto) que se refiere a una alteración permanente. De esta manera, el siguiente brote se dará en base a una personalidad alterada que no es igual a la original y así sucesivamente. En el residuo destaca la falta de un impulso interno, fuerza de decisión, de concentración, de interés, hay una reducción del potencial energético. Se ha reducido la tensión de la necesidad, del sentido (Conrad, 1997).

En los casos estudiados, Conrad (1997) observó que mucho antes de la manifestación de la esquizofrenia, se desarrollan psicosis ligeras que no pueden reconocerse como esquizofrenia, y en muchos casos ni siquiera como manifestaciones psicóticas, pero que deben interpretarse, retrospectivamente, como una primera manifestación esquizofrénica.

A principio de la década de los 60' se propusieron 9 puntos como criterios diagnósticos para la esquizofrenia en la infancia sin especificar la edad de inicio (Parry-Jones, 2001): importante defecto en la relación emocional con los otros; aparente desconocimiento sobre la identidad personal en un nivel inapropiado para su edad; preocupación patológica sobre objetos y sus características; resistencia a los cambios ambientales; experiencias perceptuales anormales; ansiedad excesiva, aguda e ilógica; perdida del lenguaje, nunca adquirido o estancamiento en su desarrollo; alteraciones motoras; retraso intelectual dentro del cual algunas funciones pueden aparecer como normales.

Posteriormente, se observa como los intentos por delimitar los criterios para la esquizofrenia infantil resultaron en una situación diagnóstica caótica. Rutter (1973, en Parry-Jones, 2001) señala “*la esquizofrenia infantil ha sido utilizada como un término genérico que incluye una gran cantidad de desórdenes heterogéneos que sólo tienen en común la gravedad, cronicidad y aparición en la infancia*”.

Más recientemente Crow y Andreasen (en Correas Lauffer, 2007) distinguen entre síntomas positivos y negativos, los que pudieran representar dos dimensiones diferentes de la patología esquizofrénica. Crow (1980, en Chinchilla 2007) describió la esquizofrenia tipo I (positiva) caracterizada por alucinaciones, delirios y desorganización formal del pensamiento; y la esquizofrenia tipo II (negativa) en que predominan el empobrecimiento, aislamiento social, abulia, embotamiento afectivo y pobreza del pensamiento.

Ha transcurrido casi un siglo desde la formulación de la demencia precoz y, en los manuales diagnósticos más utilizados en la actualidad DSM IV y CIE-10, no se encuentran criterios específicos para la esquizofrenia en niños y adolescentes. Más aún, los síntomas descritos derivan esencialmente del trabajo original de Kraepelin, Bleuler y Schneider (Parry-Jones, W; 2001). La distinción que hace el DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes alude a que los delirios y alucinaciones pueden ser menos elaborados, y que las alteraciones del lenguaje deben ser más caóticas que las presentadas en los trastornos primarios del lenguaje (Dunn et al., 2001)

Es en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000), se encuentra una descripción de la esquizofrenia subdividiéndola en: esquizofrenia infantil y trastornos esquizofrénicos en la adolescencia (aspectos prodrómicos y esquizofrenia franca). En cuanto a la esquizofrenia infantil, considera la aparición luego de los 4 ó 5 años de edad de trastornos psicóticos que se inscriben en un proceso evolutivo de larga evolución (Clasificaciones diagnósticas en detalle en anexo 1).

En las dos últimas décadas, el concepto de esquizofrenia como una alteración del neurodesarrollo, ha sido el modelo explicativo dominante (Murray & Lewis, 1987; Weinberger, 1987, en Hollis, C., 2001; Hollis, 2008). Esta hipótesis postula que alteraciones genéticas conducen a la aparición de anomalías en el desarrollo temprano del cerebro, cuyo resultado es la expresión de síntomas de esquizofrenia en el individuo, posiblemente influenciado por factores ambientales, intrauterinos, perinatales, extrauterinos, y por los procesos neurobiológicos de la maduración (Chinchilla, 2007). Su evolución sería una secuencia que tendría un “inicio biológico” en el desarrollo fetal, seguido por un “inicio preclínico” con los cambios conductuales premórbidos en la infancia, y finalmente “el inicio clínico” con la emergencia de los síntomas psicóticos positivos y negativos precedidos por una fase prodrómica (Hollis, 2001). Además, el modelo incluye el principio de la variabilidad de los síntomas durante el desarrollo (heterogeneidad del desarrollo) donde la forma de manifestación de las dificultades premórbidas depende de la edad (Hollis, 2001).

Finalmente, para los próximos manuales diagnósticos DSM-V y CIE-11 se propone abandonar el concepto de esquizofrenia y trastornos afectivos como entidades distintas, de manera de generar un constructo de psicosis con todas sus dimensiones constituyentes. De esta manera, se plantea volver al concepto de un “espectro psicótico”, con el objetivo de incrementar el poder explicativo de las características clínicas pero sin dejar totalmente la dicotomía clásica Kraepeliana entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Asimismo, se propone incluir la consideración de las alteraciones del desarrollo que permita a los clínicos el entendimiento de la enfermedad dentro del curso longitudinal evolutivo (Dutta y Murray, 2010).

2.2.- Descripción de la esquizofrenia en niños y adolescentes:

La esquizofrenia es un trastorno psicótico endógeno de carácter crónico con base neurobiológica que puede ser desencadenado por factores de estrés. Si bien la esquizofrenia de comienzo en la infancia tiene menor incidencia, es de mayor severidad y genera mayor discapacidad que las de comienzo en el adulto (García, 2006).

La esquizofrenia no tiene un rasgo psicológico unificador que sea fundamental para su naturaleza y ayude en su identificación, por lo que cualquier consideración de la esquizofrenia debe comenzar con una larga descripción clínica que la identificará como un síndrome que se distingue de otros por sus síntomas e historia natural (Chinchilla, 2007). Además, su curso no es uniforme (brusco, insidioso) y los rasgos más notorios se manifiestan durante la fase activa (alucinaciones, ideas delirantes) precediendo los síntomas negativos y un desarrollo previo de la enfermedad (Chinchilla, 2007).

En cuanto a la epidemiología de la esquizofrenia afecta al 1% de la población (Cannon, 1996 en Bearden et al, 2006; Shulz et al. 2002) y la edad de aparición es generalmente entre los 19 y 23 años (Häfner et al., 1993; Loranger, 1984 en Shulz et al. 2002). Las cifras son similares en casi todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Se estima una incidencia de la esquizofrenia de inicio muy temprano (antes de los 12 años) de 1.7 en 100.000 y para la esquizofrenia de inicio en la adolescencia (entre los 13 y 19 años) de 1 en 10.000 (Steffenburg & Gillberg, 1986; Gillbert et all, 1991; Burd et al, 1987; Takei et al, 1996, en Gillberg, 2001). Loranger (1984, citado en Martínez, 2006) al estudiar retrospectivamente las edades de comienzo de 200 cuadros esquizofrénicos, encontró un inicio previo a los 9 años de un 7%, mientras que entre los 10-14 años encontró cifras de 18% para hombres y 11% para mujeres. En general, se ha visto que el comienzo tiende a ser más insidioso en los niños pequeños y más agudo en los adolescentes (Gillbert, C. 2001).

Se ha observado que los niños esquizofrénicos tienden a provenir de familias con bajo nivel socioeconómico al igual que en la población adulta (Rutter, 1972; en Tsai y Champine, 2006).

La etiología de la esquizofrenia aun es incierta. Sin embargo, se ha observado influencia de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Tsai y Champine, 2006). Y, como factores de riesgo, se han mencionado complicaciones obstétricas las que pueden suceder ser durante el embarazo (preclampsia, diabetes, hemorragia, desnutrición por hambruna y exposición de la madre a enfermedades virales como la influenza y herpes); en el parto (sufriimiento fetal con asfixia, cesárea no programada); y alteraciones en el desarrollo fetal (bajo peso, malformaciones congénitas y perímetrocefálico reducido) (Vázquez y Catalán,

2007). También se han considerado factores ambientales como la expresión emocional dentro del contexto familiar (Leff & Vaughn, 1981; Tsai y Champine, 2006); situaciones traumáticas; y consumo de sustancias, en especial cannabis (Vázquez y Catalán, 2007)

Se ha detectado alteraciones a nivel de neurodesarrollo en niños y adolescentes que desarrollan la enfermedad (Asarnow et al., 1989; Russell et al., 1989; Russel, 1982, en Volkmark, F.R, 2001) las que serían una combinación de anormalidades estructurales, funcionales y/o bioquímicas en el desarrollo del cerebro (Cannon y Mednik, 1993 en Bearden et al., 2006). Estos signos neurológicos serían menores lo que significa que se presentan en ausencia de una lesión “grosera” identificable, pero que sugieren la presencia de anormalías en circuitos cerebrales (Bermudo- Soriano et al., 2007). Estas anomalías se han asociado a factores genéticos pero también ambientales señalándose factores de riesgo como durante el embarazo exposición viral, uso de drogas, deficiencias nutricionales (Hollis, 2008; Bearden et al., 2009) Esta disfuncionalidad neurológica estaría asociada a alteraciones en el funcionamiento premórbido con alteraciones motoras, cognitivas, afectivas, sociales y sensoriales (Bermudo- Soriano et al., 2007; Hollis, 2001; Kenny y Friedman, 2002; Asarnow y Karatekin, 2001; Sikich, 2009; Bearden et al., 2006; Gooding y Iacono, 1995).

En cuanto al funcionamiento motor, se ha observado retraso en la adquisición de hitos del desarrollo psicomotor (Asarnow y Kaatekin, 2001; Jones et al. en Bermudo-Soriano, 2007); hipotonía (Gillberg, C., 2001); alteraciones en la motricidad gruesa (Kumra et al., 2002); e incontinencia urinaria (Conrad, 1997; Hollis, 2003). Los infantes generalmente tienden a mostrar una conducta inusualmente tranquila, ausencia de llanto y poca reactividad frente a los estímulos (Sikich, 2009). Dazzan y Murray (2002, en Bermudo-Soriano, 2007) describen aumento de los errores en tareas relacionadas con integración sensorial, ejecución de secuencias motoras alternantes, coordinación motora, reflejos primitivos del desarrollo y en los movimientos oculares (por ejemplo, el niño presenta dificultad para seguir a la madre con la mirada).

La disfunción neurocognitiva se plantea como uno de los elementos nucleares del síndrome esquizofrénico, representando un indicador importante de riesgo a enfermar (Bermudo-Soriano, 2007; Sikich, 2009). Dentro de esta área, el déficit en la atención y procesamiento de la información son considerados los aspectos más consistentes de la merma cognitiva (Huerta, 2007; Goddwin y Iacono, 1995). También se ha observado en su desempeño lentitud en el tiempo de reacción; dificultad para comprender instrucciones complejas que requieran secuencias de conductas en varios pasos; y pobre desempeño en tareas que requieren de memoria de trabajo y funciones ejecutivas (Asarnow, R.F. y Karatekin, C, 2001).

En la escala de inteligencia WISC-R obtienen un menor desempeño ubicándose a una desviación estándar por debajo de la población general (Spencer & Campbell, Asarnow et al. 1994a, en Asarnow, R.F. y Karatekin, C, 2001; Sikich, 2009) lo que va descendiendo en los más pequeños acercándose a 70 (Hollis, C., 2002; Kenny y Friedman, 2002). Y, en el análisis factorial, la mayor dificultad la presentan en el factor de distractibilidad (Asarnow, R.F. y Karatekin, C, 2001) que comprende los subítems de aritmética, dígitos y claves.

Se ha observado problemas en el desarrollo del lenguaje (Gillberg, 2001, Assumpcao, 2000) tanto expresivo como comprensivo (Kumra et al., 2002; Sikich, 2009); y presencia de alteraciones en el discurso como ecolalias (King, 1994). Los problemas del lenguaje son frecuentes en los grupos más jóvenes entre 7 y 13 años (Hollis, C. 2001).

En los sujetos también aparece una disminución del rendimiento académico previo a la aparición de la psicosis esquizofrénica (Conrad, 1997; Werry et al, 1994, en Hollis C., 2002) con problemas en la lectura, escritura y matemáticas (Crow et al., 1995 en Huerta, 2007).

Los hallazgos sobre el deterioro cognitivo posteriores al inicio de la psicosis son menos claros que los encontrados sobre el funcionamiento deficitario previo (Sikich, 2009). Esto, apunta a favor de la hipótesis del neurodesarrollo y que el deterioro se daría más frecuentemente en los pacientes crónicos (Kenny y Friedman, 2002).

Con respecto al área afectiva, se los ha descrito como retraídos, tímidos, introvertidos, sensibles y ansiosos (Remschmidt, H. 2001; Kolvin, 1971 en Caplan et al., 1996). Además, se observan alteraciones anímicas (Asarnow et al., 1991; Werry et al., 1991b, en Volkmar, F.R, 2001) pudiendo presentar alteraciones súbitas de humor expresadas por risas y llantos sin motivos (Assumpcao, 2000), así como aplanamiento afectivo (Tsai y Champine, 2006); y mayor facilidad a experimentar ansiedad ante situaciones de presión (Bermudo-Soriano et al., 2007). Las ideas suicidas son frecuentes en adolescentes pero raras antes de los 10 años de edad, tal vez por el propio desarrollo cognitivo que no le permite la planificación y discernimiento de los propios actos (Assumpcao, 2000).

Se ha descrito un ajuste social significativamente peor que el de la población general con aislamiento, ansiedad en contextos sociales, hipersensibilidad a la crítica, comportamientos inadecuados y preferencia por juegos en solitario (Bermudo- Soriano, 2007; Sikich, 2009). Hay un deterioro insidioso con respuestas inusuales o falta de respuesta al ambiente (Gillberg, C., 2001; Werry et al, 1994, en Hollis C., 2002) y síntomas autísticos (Hollis, C. 2001). Las dificultades comunicacionales más frecuentemente observadas se relacionan con la pragmática como establecer tópicos de discusión, secuenciar eventos y respetar turnos en una conversación (Baltaxe y Simmons, 1995 en Kumra et al., 2002).

Häfner (2003) encontró alteraciones en el desarrollo social previo y durante la manifestación de la enfermedad, donde los sujetos mostraban dificultad para cumplir con los diversos roles sociales. Estableció seis factores de riesgo con respecto al desempeño social: término de la educación escolar, estudiar algún oficio, adquirir un primer empleo, tener una residencia propia, ingresos propios y pareja estable.

Las conductas evitativas y especialmente las disruptivas en el contexto escolar, pueden tener un valor predictivo para el desarrollo posterior de una esquizofrenia; sin embargo, no es claro si constituye un factor de riesgo o corresponde a una manifestación precoz de una esquizofrenia emergente (Silva, 2006).

Al igual que en los adultos, en niños y adolescentes se ha percibido una fase prodrómica en el desarrollo de la esquizofrenia (Hollis, 2008). Esta, es considerada la transición entre el funcionamiento premórbido y las etapas psicóticas de la enfermedad (Cornblatt et al., 2002; Yung y McGorry, 1996 en Bearden et al., 2006). Consiste en un deterioro insidioso previo (generalmente 1 año) a la aparición de los síntomas psicóticos activos el que se observa principalmente en disminución del rendimiento escolar, ideas extrañas, intereses excéntricos, cambios en los afectos, experiencias perceptuales bizarras (Hollis, 2008), falta de motivación, suspicacia, irritabilidad, alteraciones del sueño, ánimo depresivo (Bearden et al., 2006) y aislamiento (Tsai y Champine, 2006). En cuanto al funcionamiento cognitivo los pacientes muestran disminución especialmente en la memoria visoespacial, fluidez verbal y atención (Pantelis et al., 2009). Conrad (1997) consideró también la enfermedad corporal, aludiendo a que sería una manifestación somática del trema.

Con respecto a la manifestación clínica propiamente tal de la esquizofrenia de inicio precoz, se ha observado un inicio más insidioso con predominio de síntomas negativos (Hollis, 2008), dentro de los cuales se reconoce el aplanamiento afectivo, desmotivación, anhedonia y retraimiento social (Hollis, 2008; Tsai y Champine, 2006). Sin embargo también pueden presentar alteraciones anímicas (Asarnow et al., 1991; Werry et al., 1991b, en Volkmark, 2001) y síntomas positivos como alteraciones del pensamiento (Werry, 1996, en Volkmark, 2001); alucinaciones y delirios (Hollis, 2008; Tsai y Champine, 2006). El cuadro se caracteriza por una gran desorganización (pensamiento disgregado y alteración en el sentido de sí mismo) a diferencia de la esquizofrenia de inicio en la adultez en la que predominan los delirios paranoides sistematizados (Häfner y Nowonty, 1995 en Hollis, 2008).

Se ha descrito una correlación entre los síntomas negativos con un menor nivel intelectual y edades tempranas; mientras que los síntomas positivos se asocian a un mejor nivel intelectual y edades más avanzadas (King, 1994; Hollis, 2001). Como explicación a esto, se menciona que un mayor desarrollo de las capacidades lingüísticas es requerido para la manifestación o reconocimiento de los síntomas positivos. Asimismo, los cuadros con predominio de síntomas negativos se han asociado a mayores problemas neuropsicológicos (Pantelis et al., 2009)

Los desórdenes psicóticos del pensamiento como la alucinación, delirios y alteraciones del curso formal del pensamiento (Caplan et al., 1996) han sido descritos con las variables evolutivas en la esquizofrenia de inicio temprano. Estos, forman parte de los síntomas positivos de la psicosis esquizofrénica según la clasificación de Crow. En su descripción autores como Volkmark (1996), Caplan (1996) y Hollis (2008), hacen mención a los conceptos de Piaget sobre el desarrollo evolutivo, aludiendo a que la concepción de la realidad en el niño cambia en el curso del desarrollo normal y logra la similitud con el adulto en la adolescencia.

El fenómeno alucinatorio es definido por Slade y Bentall (1989, en Volkmark 2001) como una experiencia tipo perceptiva que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado pero que tiene la fuerza de una percepción real y que escapa al control voluntario. Es difícil establecer la presencia de alucinaciones en niños especialmente en etapa preverbales (Volkmark) y su aparición antes de los 7 años es poco frecuente (King, 1994; Caplan et al., 1996). El tipo de alucinación reportada con mayor frecuencia en la esquizofrenia de inicio temprano son las auditivas (Volkmar, F.R., 2001); sin embargo, deben ser diferenciadas de fenómenos como amigos imaginarios y sueños (Piaget, 1955, en Volkmar, F.R., 2001). Por otra parte, las alucinaciones no son un síntoma patognomónico de esquizofrenia pudiendo aparecer en niños pequeños particularmente en relación a ansiedad o stress (Aug & Ables, 1971; Esman, 1962; Rothstein, 1981; Schreier & Libow, 1986; Wilking & Paoli, 1966, en Volkmar, F.R., 2001). Asimismo, las alucinaciones pueden ocurrir durante estados hipnagógicos (mientras el sujeto se está quedando dormido) o hipnopómicos (mientras está despertando) (King, 1994; Caplan et al., 1996). En niños en etapa preescolar lo que predomina es una hipersensibilidad acústica (King, 1994). Además, los niños pocas veces se quejan acerca de sus alucinaciones (Sikich, 2009).

No obstante, las alucinaciones durante la etapa escolar tienden a ser más persistentes y se asocian más con psicopatología grave (Del Becarro et al, 1998; Russel et al., 1989; Volkmark et al., 1988, en Volkmark 2001). Las alucinaciones auditivas en niños esquizofrénicos mayores de 8 años aparecen en el 80% de los casos (Kolvin et al.; Green et al.; Russell et al., en King, 1994; Volkmar, 1996) y pueden ser similares a las presentadas en el adulto con mandatos, conversaciones y voces que comentan acerca del niño (Rusel et al., 1989 en Volkmark 2001). Sin embargo, son menos complejas y generalmente el contenido implica animales, juguetes, monstruos en vez de temas sexuales o paranoideos (Volkmark, 2001; King, 1994). Las alucinaciones visuales, táctiles, olfatorias y somáticas son menos frecuentes pero también han sido reportadas (King, 1994). Cabe señalar, que cuando al niño esquizofrénico se le pregunta sobre sus alucinaciones es capaz de describir sus contenidos y respuestas afectivas asociadas (King, 1994).

Los delirios son falsas creencias (a veces bizarras) firmemente sostenidas por el sujeto a pesar de evidencia que las refutan y que no son compartidas por otros miembros de la cultura (American Psychiatry Association, 1987; Leon et al., 1989; Yager, 1989 en Volkmark 2001; Caplan et al., 1996). Si bien los delirios son patognomónicos de psicosis no se limita necesariamente a la esquizofrenia (Nicholi, 1978 en Volkmark 2001). Además, el conocimiento de la realidad y la capacidad para compartir puntos de vista con otros de la misma cultura tienen una base en el desarrollo (Volkmark 2001). Los niños pequeños tienden a establecer una diferenciación menos clara entre fantasía y realidad, lo que junto a su incapacidad para utilizar el razonamiento lógico, hace difícil demostrar la presencia de delirios en menores de 5 años (Volkmark 2001). A pesar de esto, los niños sin patología hacen un adecuado enjuiciamiento de la cualidad imaginaria de sus fantasías independiente de la edad (King, 1994). Despert en 1948 (en Caplan et al., 1996) aludía a que los niños con inteligencia normal desde los 3 años eran capaces de diferenciar entre fantasía y realidad. La complejidad, sistematización y frecuencia de los delirios va aumentando con la edad observándose en niños temáticas mayormente asociadas a figuras fantuosas, miedos irrationales, animales o miembros de la familia; y en los adolescentes, representan disturbios en la identidad, contenidos referentes a la salud, persecutorios o de grandiosidad (Volkmark 2001; King, 1994).

En la esquizofrenia de inicio temprano son frecuentes las alteraciones del curso formal del pensamiento (Werry, 1996, en Volkmark, F.R, 2001). Estas son entendidas como la evaluación clínica de la manera en que el paciente presenta sus pensamientos al receptor (Caplan et al., 1996) considerando la organización, control y procesamiento de los pensamientos (Holzman, 1986, en Caplan et al., 1996). Pueden darse en la forma de pensamiento ilógico, pérdida de asociaciones, incoherencia, pobreza de contenidos, discurso disgregado, circunstancialidad, tangencialidad, discurso sobreelaborado, neologismos y ecolalia, entre otros (King, 1994; Caplan et al., 1994). Para la medición de estos signos en niños se debe tener en cuenta la maduración de las habilidades cognitivas, lingüísticas y pragmáticas (Caplan, 1994 en Caplan, 1996). Si bien resulta difícil distinguir entre estos signos y la inmadurez del lenguaje en niños pequeños, posterior a los 7 años es un factor de importancia dado que en el proceso de desarrollo la pérdida de asociaciones no es común observarla a partir de esta edad, así como el pensamiento ilógico decrece significativamente en el mismo período (Caplan et al., 1990a, en Volkmark, F.R, 2001). Las trastornos formales del pensamiento se expresan especialmente en el lenguaje como por ejemplo, en la pérdida de asociaciones el sujeto “ pierde el hilo” de la conversación y salta de un tema a otro; la tangencialidad se manifiesta en que las respuestas pueden tener poca o ninguna relación con la pregunta; y, en ocasiones, el lenguaje está gravemente desorganizado tornándose casi incomprensible (ensalada de palabras) (Silva, 2000).

Cantor (1982, en Caplan et al., 1996) se refirió a que alteraciones formales del pensamiento como pérdida de asociaciones, neologismos, pensamiento ilógico y pobreza del discurso, podían encontrarse tanto en la esquizofrenia de inicio muy temprano como en la de inicio temprano.

Los síntomas negativos predominan en la esquizofrenia que se manifiesta en la temprana infancia y en la adolescencia tardía (Remschmidt, 2001). El aplanamiento afectivo es frecuente y se manifiesta como inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial, pobre contacto visual y reducción del lenguaje corporal aunque en algunos casos el afecto puede tener un tono pueril (Andreasen, 1985). Puede observarse también incongruencia afectiva, abulia (incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin), anhedonia y disminución en la atención (Andreasen, 1985).

Asarnow y Karatekin (2001) clasifican las alteraciones en el funcionamiento de acuerdo a 4 etapas del desarrollo. Estos autores señalan que hasta los 30 meses predomina el retraso en los hitos del desarrollo, pobreza en la coordinación e importante déficit en el desarrollo del lenguaje; entre los 30 meses y 6 años aparece la impulsividad, hiperactividad, dificultad en la concentración, labilidad emocional, aislamiento, reacciones de cólera inexplicables y exceso de fantasía; entre los 6 y los 9 años, alteraciones del pensamiento y afectos inapropiados; y, finalmente, desde los 10 presencia de alucinaciones y delirios. Asimismo, Watkins (en Gooding y Iacono, 1995) reportó que tanto las alteraciones motoras como sociales están presentes desde la infancia, mientras que los delirios y alucinaciones no aparecen antes de los 9 años. Se plantea que la elaboración, complejidad y sistematización de los delirios en niños esquizofrénicos depende de la edad y de habilidad tanto verbal como cognitiva (Gooding y Iacono, 1995).

De acuerdo a Assumpcao (2000) “*No se debe olvidar el hecho que el niños como organismo en evolución, presenta funciones intelectuales y afectivas todavía inmaduras, de modo que la patología adopta características propias según la edad que se considere (...).* La sintomatología básica se expresará en la conducta y en la falla de relaciones afectivas” (pp.533). La sintomatología básica mencionada incluye aislamiento autístico, déficit afectivo, disminución de voluntad y pragmatismo, con consecuente alteración en la conducta (Assumpcao, 2000).

La esquizofrenia en niños y adolescentes generalmente tiene un curso crónico, donde sólo la minoría de los casos muestran una recuperación sintomática completa desde el primer episodio psicótico y que sigue con una severa alteración en el funcionamiento adulto (Hollis, 2008). Se habla de curación cuando en el paciente se resuelven los síntomas y éste es capaz de hacer una crítica constructiva sobre el cuadro (Chinchilla, 2007).

Considerando el curso crónico y de deterioro de la enfermedad, así como las alteraciones del desarrollo encontradas en el funcionamiento promórbido vistas como factores de riesgo, es el que el trabajo con el paciente esquizofrénico se ha ido dirigiendo cada vez más a su intervención temprana para disminuir el tiempo que la persona se mantiene sin tratamiento y empeora su calidad de vida (McGorry et al., 2009). Se pretende detectar la población que se encuentra en alto riesgo (“ultra-high risk”) de presentar la enfermedad aunque se encuentren asintomáticos proporcionándoles el tratamiento tanto farmacológico como psicológico adecuado. Con esto, se pretende disminuir el progresivo deterioro del paciente;

actuar sobre las alteraciones neurobiológicas; reducir la comorbilidad con otros cuadros como depresión, ansiedad, suicidio y abuso de sustancias; prevenir el fracaso en el funcionamiento social; disminuir el estrés en el individuo y su familia asociado a la enfermedad; así como minimizar la alteración en el desarrollo psicológico normal (McGorry et al., 2009).

La alusión al aspecto evolutivo se encuentra en todas las etapas del proceso esquizofrénico, en el funcionamiento premórbido, aspectos prodrómicos, así como en la manifestación de los síntomas en la esquizofrenia propiamente dicha. Asimismo, las alteraciones en el desarrollo psicológico observadas en el paciente esquizofrénico se ha planteado como factores a considerar en un trabajo preventivo que contribuye a un mejor pronóstico del paciente (McGorry et al. 2009).

De acuerdo a eso, considerando la relevancia del desarrollo psicológico en el estudio del paciente esquizofrénico y, siguiendo los objetivos de la investigación, es que se continuará presentando el proceso de desarrollo desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista, considerando además las alteraciones implicadas en el desarrollo psicopatológico.

3.- Enfoque evolutivo cognitivo constructivista.

“Este enfoque es el resultado de un esfuerzo de la psicología infanto-juvenil contemporánea para integrar el paradigma piagetano, no solo en el proceso diagnóstico clínico, sino que ampliarlo a un determinado sistema de psicoterapia, a través de la incorporación de los conceptos de la epistemología piagetana, con los conceptos evolutivos”

(Sepúlveda, G. 2007 pp.1)

3.1.- Aspectos epistemológicos:

La psicoterapia con niños y adolescentes requiere de una comprensión del desarrollo humano desde una epistemología clara, que permita la articulación de una teoría del desarrollo con los problemas clínicos presentados por la población infanto-juvenil (Sepúlveda, G. 2007).

El constructivismo es una posición epistemológica, es decir, una postura con respecto a cómo conocemos. Aún teniendo el constructivismo sólidas raíces en la historia de la filosofía de la ciencia y el pensamiento en general, no se ha puesto de manifiesto de forma efectiva en las teorías psicológicas hasta de década de los 80', a pesar de los valiosos aportes de autores como Jean Piaget a quien se considera uno de sus precursores (Feixas y Villegas, 2000).

Esta epistemología constituye un marco integrador de un modo de concebir al ser humano y a la realidad cuya aplicación en la psicología proporciona una forma de comprender el desarrollo evolutivo y el proceso de psicoterapia (Sepúlveda, 2012).

Piaget (1981, en Sepúlveda, G. 2012) define el constructivismo como la base central de su sistema teórico, señalando: *“el conocimiento no es una copia del objeto ni una toma de conciencia de formas a priori que estén predeterminadas en el sujeto, es una construcción perpetua por intercambios entre el organismo y el medio desde el punto de vista biológico y entre el pensamiento y el objeto desde el punto de vista cognoscitivo”* (pp.3). Para Piaget, el conocimiento es una construcción basada en las propias estructuras de conocimiento, en lugar de considerarlo como una copia de la realidad, lo que permite considerar constructivista a su posición epistemológica (Feixas y Villegas, 2000).

La epistemología constructivista desafía la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad ya que ésta se representaría a través de un proceso de construcción en el que el sujeto tiene gran responsabilidad (Feixas y Miró, 1995). De esta manera, es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior por lo cual la realidad puede ser interpretada de distintas maneras (Feixas y Villegas, 2000).

La realidad es percibida a través de transformaciones cognitivas (construcciones) determinadas por la estructura del sujeto cognocente y en relación con el medio. Por lo tanto, el conocimiento no surge ni del objeto ni del sujeto, sino de la interacción entre el sujeto y objeto tal como es percibido, es decir, del proceso de construcción. Según Piaget (en Feixas y Villegas 2000) para conocer un objeto se debe actuar sobre él y transformarlo. El aprendizaje se da en base a la acción, primero debemos actuar y posteriormente aprender poco a poco lo que podemos hacer o no en el curso siempre cambiante de nuestra vida (Rychlak, 1998).

El tipo de constructivismo piagetano difiere de los constructivistas radicales quienes sostienen que toda la experiencia es una construcción personal, rechazando no sólo el objetivismo sino todas las formas de realismo (Mahoney, 1996). En la perspectiva cognitivo constructivista siguiendo a Sepúlveda, G. (2012) “*Existe un mundo real e independiente de la conciencia, legalmente estructurado, el que es sólo hipotéticamente cognoscible y explicable por medio de la percepción, el pensamiento y la ciencia intersubjetiva. Construimos nuestra realidad, y al mismo tiempo se cree en una realidad objetiva. Es un constructivismo moderado, por cuanto acepta la existencia de un mundo ontológicamente real e independiente, aunque incognoscible en sí mismo en cuanto tal*”. (pp. 4).

El conocimiento es una interacción entre el sujeto y el objeto, donde las estructuras biológicas van posibilitando la manera como pensamos. Pero es el sujeto quien construye sus conocimientos, construye sus estructuras. En palabras de Piaget (en Bringuer, 1977) “*las estructuras no están dadas por adelantado ni en el espíritu humano ni en el mundo exterior tal como lo percibimos o lo organizamos. Las estructuras se construyen por la interacción entre las actividades del sujeto y las reacciones del objeto*” (pp. 70).

Desde esta visión, la acción (u operación) es central, así como el énfasis por describir el conocimiento como un proceso de construcción continuado, en el que cada acto de comprensión implica cierto grado de invención (Feixas y Villegas, 2000). Al estudio de estas transformaciones del conocimiento, el ajustamiento progresivo del saber, es a lo que Piaget llamó “epistemología genética” (Bringuer, 1977), que se refiere tanto a la formación como al significado del conocimiento (Rychlak, 1998).

Para Mahoney (1996) el constructivismo enfatiza al menos tres principios interrelacionados de la experiencia humana: primero, que los seres humanos son participantes proactivos (y no reactivos o pasivos) en su propia experiencia. Segundo, que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan en un nivel de conciencia tácito (consciente o inconsciente). Y tercero, que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales. A esto añade, *“aunque sólo individualmente estos procesos organizadores reflejan e influyen siempre en los sistemas sociales”* (pp.65).

3.2.- Aspectos cognitivos:

Desde la perspectiva cognitiva, la actividad mental (cognición) es un proceso sistemático que consiste en construir experiencias (hacer estructuras) mediante una interacción con el mundo físico (Rychlak, 1998).

De acuerdo a Piaget (1981, en Sepúlveda, G. 2012) el organismo tiene la capacidad innata para estructurar la experiencia. Las estructuras cognitivas y afectivas son el resultado de este proceso activo de construcción, que se da en interacción con el ambiente a través del aprendizaje (Rychlak, 1998).

Las teorías cognitivas del desarrollo enfatizan en la transformación permanente de las estructuras psíquicas, las que se producen en una progresión evolutiva y en un proceso dialéctico (Sepúlveda, G.2012). La dialéctica le permite a la persona comprender que cualquier cosa en que piense, esta generada por los opuestos sugeridos y se refleja en la corriente sucesiva de eventos o acontecimientos que no se mueven en una forma lineal pero que evoluciona a niveles superiores, como una espiral (Rychlak, 1998).

En la teoría de Piaget (1986) la acción es fundamental en el desarrollo cuya estructura básica es el esquema. Por esquema se entiende la construcción de patrones parciales sobre lo que hay en común entre diversas acciones diferentes o análogas (Rychlak, 1998). Estos esquemas cognitivos y afectivos representan formas de evaluar, clasificar, interpretar y dar significado a la realidad (Sepúlveda, G. 2012).

Según Mahoney y Neimeyer (1996) organizamos nuestras experiencias por medio de clasificaciones y categorizaciones, sin ser conscientes de esto, al intentar describir algo nos encontramos pensando en términos de a qué se parece y a qué no. Los esquemas se entrelazan y están en constante cambio con otros patrones haciéndose cada vez más

organizados e integrados, para formar uno más general, la estructura. Las estructuras deben tener una forma distintiva que sea posible de reconocer y, que a su vez, puedan cambiar y desarrollarse en su intento de ajustarse con la realidad física (Rychlak, 1998).

Las estructuras psicológicas como totalidades configuradas y organizadas, van cambiando a través del tiempo, de manera que las diversas funciones se van organizando con una variación interindividual, en las distintas áreas del funcionamiento psíquico (Sepúlveda y Capella, 2012). Para Bruner (2001, en Sepúlveda, G. 2012), una estructura es un sistema de reglas por medio de las cuales la persona conserva sus experiencias y encuentros con diversos sucesos. La necesidad de la estructura está ligada a una necesidad de coherencia interior y de organización, sin lo cual es la anarquía interior, el desorden, la incoherencia (Piaget en Bringier, 1977).

Para explicar el desarrollo e incluso la formación de conocimientos, Piaget (1978) alude a un proceso central: la equilibración. A esto se refiere como “*un proceso que conduce de ciertos estados de equilibrio aproximado a otros, cualitativamente diferentes, pasando por múltiples desequilibrios y reequilibraciones*”. Con respecto a lo cual añade: “*el problema que hay que resolver es el de las diferentes formas de equilibrio, de la razón de los desequilibrios, y sobre todo del mecanismo causal de las equilibraciones y reequilibraciones*” (pp.5). Señala que si bien todas las reequilibraciones implican un nuevo equilibrio, las que son fundamentales para el desarrollo consisten en las que llevan a un equilibrio mejor en general a las que llamó “equilibraciones maximizadoras” (Piaget, 1978).

Este proceso de equilibración se da en una constante interacción de la persona con el ambiente, en la que aparecen dos conceptos fundamentales en la teoría piagetana: la asimilación y la acomodación, los que actúan en respuesta a perturbaciones del equilibrio previo frente a nueva información (Piaget, 1986) que crean lagunas con necesidades insatisfechas por falta de condiciones necesarias para realizar una acción (Piaget 1978).

La asimilación se refiere a la influencia de la persona sobre una comprensión del ambiente, en la que integra el entorno en base a las estructuras ya existentes. Y la acomodación es una modificación de la conducta como resultado de la experiencia; es decir, la persona modifica el esquema para que se ajuste al ambiente (Rychlak, 1998). La asimilación corresponde a la incorporación de lo proporcionado por la experiencia a los propios marcos, mientras que la acomodación es el resultado de las presiones ejercidas por el medio (Piaget, 1985). Como resultado, surge la adaptación que permite ir avanzando hacia estados de mayor complejidad en un equilibrio dinámico. La equilibración “*va acompañada de una especie de optimización, es decir, que la forma de equilibrio perseguida sea la mejor posible para las condiciones dadas*” (Piaget, 1978 p.30).

Ambos procesos, asimilación y acomodación, son complementarios ya que al incorporar elementos nuevos a los esquemas anteriores, la inteligencia modifica estos últimos para ajustarlos a los datos nuevos. No hay asimilación sin acomodación, porque el esquema de asimilación es general y cuando se aplica a una situación particular, se debe modificar en función de esas circunstancias particulares a las que el esquema debe ser aplicado, que es acomodación (Piaget, en Bringuer, 1977). La asimilación está determinada por el sujeto, mientras que la acomodación está determinada por el objeto (Piaget, en Bringuer, 1977).

Las cosas jamás son conocidas en sí mismas dado que la acomodación es sólo posible en función del proceso inverso de asimilación. La adaptación termina cuando desemboca en un sistema estable, es decir, cuando hay equilibrio entre la acomodación y asimilación (Piaget, 1985). La equilibración implica que la asimilación y acomodación estén en una proporción determinada, que no se perjudican sino que se respaldan en un proceso dinámico (Piaget, en Bringuer, 1977). Esto requiere de flexibilidad en las estructuras que permita la coordinación entre estos dos procesos y la transformación en la comprensión cognoscitiva en desarrollo para lograr la adaptación a la realidad (Rychlak, 1998).

Para Piaget (1978) existen tres formas de equilibrios. El primero se refiere a la interacción fundamental entre el sujeto y los objetos, en la que se asimilan los objetos a los esquemas de acción y, estos a su vez, se acomodian a los objetos. El segundo tipo dice relación con la interacción entre los subsistemas, es decir, los diversos conjuntos de esquemas deben también lograr un equilibrio entre sí. Y en tercer lugar, hace mención del equilibrio progresivo de la diferenciación y de la integración, es decir de los distintos subsistemas y la totalidad que los engloba.

De esta manera, los desequilibrios se producen ya sea por las dificultades de ajustamiento entre el sujeto y los objetos, o por alteración en la coordinación entre los subsistemas, o bien por dificultad a nivel de la diferenciación e integración. Esto muestra la complejidad del proceso de desarrollo y, según Piaget (1978), explicaría la lentitud de la estructuración psíquica por la cantidad de obstáculos con que se encuentra.

Es así, como el aspecto interno de la adaptación es la organización siendo ambos aspectos también inseparables en el proceso de desarrollo constituyendo un mecanismo único. En otras palabras, la “concordancia del pensamiento con las cosas” y la “concordancia del pensamiento consigo mismo” expresan esta doble variante funcional de la adaptación y la organización. El pensamiento se organiza a sí mismo adaptándose a las cosas y es al organizarse a sí mismo como estructura las cosas (Piaget, 1985).

En la dinámica de este proceso de equilibración de las estructuras cognitivas son fundamentales la acción (todo movimiento, pensamiento o sentimiento) que es movilizado por una necesidad (la manifestación de un desequilibrio); la inteligencia que trata de comprender; y el interés (Piaget, 1986).

La acción termina cuando las necesidades están satisfechas, cuando el equilibrio se ha reestablecido. La acción precede al pensamiento y lenguaje y continua presente durante la vida por lo cual es un mecanismo invariable. Las necesidades y los intereses van cambiando de acuerdo a la etapa del desarrollo constituyendo mecanismos variables. La acción implica voluntad, aspectos afectivos que movilizan a la realización de determinada acción (Piaget, 1986). El interés es la motivación afectiva, el móvil de todo. Ya que si el sujeto no se interesa por el problema nunca tratará de resolverlo (Piaget, en Bringuer, 1977).

Al proponer la equilibración como un proceso de estabilidad cada vez mayor, Piaget (en Rychlak, 1998) alude también a cuatro conceptos: transducción, reversibilidad, descentración y operación.

Por transducción se refiere al tipo de razonamiento de los primeros años que va de lo particular a lo particular, siendo incapaz de abstraer; es el razonamiento sin recurrencias reversibles de una jerarquía de clases y relaciones.

La reversibilidad es otra forma de referirse al equilibrio, ya que cuando existe una reciprocidad permanente entre la asimilación y acomodación, sin distorsiones en la construcción, puede hablarse de reversibilidad. La reversibilidad posibilita la toma de perspectiva, el cambio de puntos de vista, el punto de vista opuesto al involucrado, lo que se logra a medida que se produzca la descentración (Sepúlveda, G. 2007).

La descentración implica el acto de pensar sobre los distintos aspectos de lo que percibimos, Piaget (1978) lo utiliza en oposición a la centración que es el aferrarse sólo a lo que se percibe (esquematiza). Cuando el sujeto logra la descentración puede mejorar su nivel de ajuste ya que “*la descentración da lugar al equilibrio entre la asimilación y la acomodación, un equilibrio que necesariamente tiende a una estructura reversible*” (Piaget en Rychlak, 1998 pp.498).

Con el concepto de operación engloba varios constructos cognoscitivos al considerar en ella características como que es una acción interiorizada (que se encuentra a nivel del pensamiento y es posible de ejecutar en la conducta; es una acción reversible (puede representarse en direcciones opuestas); tiene una estructura invariable (características identificables); y que siempre están en relación con una estructura total (Piaget, 1978).

3.3.- Aspectos evolutivos:

Para Piaget (en Rychlack, 1998) el desarrollo constituye una evolución de las estructuras mentales en un proceso dinámico de equilibración en que la naturaleza básica de la realidad es el cambio, el movimiento, el desarrollo. Este aspecto evolutivo, hace referencia a la adquisición del conocimiento como un proceso biológicamente orientado que lleva a desarrollar en el sujeto un sentido de realidad basado en el proceso de construcción implicado en las acciones coordinadas que lleva a cabo en esa realidad. En palabras de Piaget (en Bringier, 1977) “*hay una programación genética pero hay circunstancias muy variables; al aplicar la programación a la situación, ya hay un margen de acomodación individual que supera lo hereditario puro*” (pp. 72).

De esta manera, en el desarrollo para Piaget (1978), el término construcción se refiere a crear estructuras en el proceso evolutivo que implica tanto la vida orgánica como mental. Esto ocurre mediante cualquier combinación y/o diferenciación de estructuras parciales (esquemas) o estructuras del todo (Rychlak, 1998). Es así, como desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista, en el desarrollo de las estructuras de conocimiento, se reconoce la participación de factores biológicos (hereditarios, maduracionales), cognitivos y ambientales, donde el proceso de desarrollo se da en una relación dialéctica del individuo con el ambiente.

En palabras de Sepúlveda, G (2006) “*el término constructivismo, pone el acento en la persona como un ser activo, que construye su realidad, y lo evolutivo enfatiza el que los sistemas orgánicos evolucionan a través de etapas, de acuerdo a los principios regulares de estabilidad y cambio*” (pp.22).

El desarrollo del niño es un proceso temporal por excelencia. En él participa un aspecto psicosocial, es decir, todo lo que el niño recibe desde afuera, aprende por transmisión familiar, escolar o educativa en general; y aspectos espontáneos, lo que el niño aprende o piensa pero que tiene que descubrir por sí solo (Piaget, 1996).

Piaget (1986) reconoció cuatro estadios en el proceso de desarrollo: sensorio motor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. Cada uno de ellos constituye una forma particular de equilibrio por las estructuras que lo definen y, la evolución mental, se efectúa en el sentido de una equilibración cada vez más avanzada que implican aprendizajes y el paso de un estadio a otro. La evolución de dichas estructuras se daría en un proceso de estadios sucesivos cuyo orden es invariante pero el ritmo en que se presentan puede variar entre un sujeto y otro (Piaget, 1986).

En este proceso, la inteligencia y afectividad son indisolubles y complementarias, ya que en la vida mental, un elemento fundamental es la conducta que supone instrumentos (los movimientos y la inteligencia) pero también unos móviles y valores finales (los sentimientos) (Piaget, 1986).

La conducta es acción en cuanto aparece cuando el organismo intenta cambiar de algún modo al mundo exterior o bien, cambiar su propia posición en relación con su entorno, guardando una necesaria relación con el proceso completo de comienzo en la construcción sensoriomotora y moverse mediante el desarrollo de las operaciones cognoscitivas de la mente (Rychlak, 1998).

Siguiendo a Sepúlveda y Capella (2012) “*la comprensión del desarrollo psicológico normal, nos permite entender si el comportamiento es apropiado a la edad, o si se presentan desvíos en el curso normal del desarrollo que podrían desaparecer, desde la infancia a la adultez, o si la psicopatología persistirá, de modo de poder hacer intervenciones preventivas y terapéuticas, que tomen en cuenta el desarrollo psicológico del niño*”. De acuerdo a esto, es que resulta necesario revisar brevemente las distintas etapas en el proceso de desarrollo planteadas por Piaget.

En sus inicios, la vida mental se reduce al ejercicio de aparatos reflejos que son coordinaciones sensoriales y motrices que corresponden a tendencias instintivas. Sin embargo, “*estas manifiestan desde un principio una auténtica actividad, que prueba precisamente la existencia de una asimilación sensorio motriz precoz*” (Piaget, 1986, pp.20). Esta actividad, conduce en el lactante a discriminaciones o reconocimientos para luego crear una generalización de su actividad, que luego al integrarse en hábitos y percepciones organizadas, se van complejizando y dando paso a nuevas conductas y construcción de “*esquemas de acción*”. Piaget (en Rychlak, 1998) denomina esquemas de acción a las estructuras de este periodo porque se basan en la manipulación activa de objetos.

En este periodo denominado sensorio motriz (0-2 años) no existe aún una diferenciación entre el yo y el mundo exterior, encontrándose el yo en el centro de la actividad porque no tiene conciencia de sí mismo (Piaget, 1986), no hay una continuidad del yo (Rychlak, 1998). Luego, a medida que se van distinguiendo más claramente una serie de objetos concebidos como exteriores, la conciencia del “yo” comienza a afirmarse como polo interior de la realidad opuesto al otro polo externo u objetivo. Asimismo, los sentimientos elementales (alegría, tristeza, éxito, fracaso, etc.) comienzan a ser experimentados en función de la objetivación de las cosas y las personas, dándose inicio a los sentimientos interindividuales (Piaget, 1986).

La representación comienza cuando los datos sensorio-motores son asimilados a elementos evocados y no perceptibles en el momento dado. Nace de la unión de “significantes” que permiten evocar los objetos ausentes por medio de un juego de significaciones que los relacionan con los elementos presentes. Esta conexión específica entre “significantes” y “significados” constituye lo característico de una función nueva que sobrepasa a la actividad “sensorio-motora”: la “función simbólica”. Esta es esencial para la adquisición del lenguaje, pero no solo para esto, sino que también para la constitución del espacio representativo así como para las categorías “reales” del pensamiento (Piaget, 1961). Para Piaget (en Rychlak, 1998) el símbolo constituye una forma especial del esquema, en el cual el significado (nombre de una cosa) se ha diferenciado del objeto significante (la cosa nombrada). Cuando esto ocurre, la persona usa el objeto como un medio de adaptación simbólica a la realidad.

Durante la etapa preoperacional (2 a 7 años), la aparición del lenguaje tiene tres consecuencias esenciales en el desarrollo mental (Piaget, 1986): posibilidad de intercambio entre individuos (socialización de la acción), una interiorización de la palabra (aparición del pensamiento propiamente dicho) y una interiorización de la acción como tal que ahora puede reconstruirse en el plano intuitivo de las imágenes y de las “experiencias mentales”. Sin embargo, el niño sigue inconscientemente centrado en sí mismo. Este pensamiento incipiente es prelógico y egocéntrico aplicando una asimilación que deforma la realidad a la actividad propia, continuando el sujeto inconscientemente centrado en sí mismo (Piaget, 1986).

El egocentrismo infantil es esencialmente un fenómeno de indiferenciación donde se confunde el punto de vista propio con el del otro, o la acción de las cosas y las personas con la actividad propia (Piaget, 1961). Por ejemplo, los niños que se encuentran en esta etapa pueden creer que la luna los sigue cuando caminan, y su egocentrismo les impide pensar en lo que la luna haría en presencia de otra persona que caminara en dirección opuesta (Rychlak, 1998).

En este estadio, el pensamiento tiene la estructura del preconcepto que son intermediarios entre el simbolismo y el pensamiento conceptual y se representa fundamentalmente en el animismo, artificialismo y las participaciones mágico-fenomenistas (Piaget, 1961). Los procesos de pensamiento que intervienen en la construcción del artificialismo son principalmente una asimilación continua de los procesos naturales a la actividad humana. El soporte de esta asimilación es el mito o relato simbólico. El mito artificialista ignora por una parte la generalidad verdadera y la identidad individual, características de los conceptos y de sus elementos. Esto queda claramente ejemplificado por Piaget en una de sus observaciones: *¿de dónde vienen las guaguas? De la fábrica de bebés* (Piaget, 1961, pp.342). En el animismo, impresiones interiores como el sentimiento del esfuerzo, la conciencia de la intencionalidad, etc., pueden ser proyectadas sobre objetos inertes o movimientos físicos y constituir así esquemas de asimilación que deforman esos datos exteriores en función del yo (Piaget, 1961). La conducta mágico-fenomenista es la

creencia de la eficacia del gesto propio sobre la realidad, sin comprender el detalle de las conexiones espaciales (Piaget, 1961).

El pensamiento egocéntrico se manifiesta también en el juego simbólico y de imitación que constituye una asimilación deformadora de lo real al yo (Piaget, 1986). El juego simbólico sirve para evocar la cosa ausente existiendo asimilación lúdica e imitación al menos aparente (Piaget, 1961). Este juego va evolucionando de manera que la imaginación simbólica va disminuyendo a expensas de medios de representación más adaptados a lo real. En palabras de Piaget *“a medida que el niño se adapta a las realidades físicas y sociales, se dedica cada vez menos a las deformaciones y transposiciones simbólicas, porque en lugar de asimilar el mundo a su Yo, progresivamente somete este a la realidad* (Piaget, 1961 pp. 198).

En cuanto a la vida afectiva, aparecen los sentimientos interindividuales (afectos, simpatías y antipatías) que dependen de los propios intereses y de que lo valoren, es decir, el niño experimentará simpatía hacia quien comparta sus intereses. Asimismo, aparece la “evaluación del sí mismo” que se refiere a los sentimientos de mérito que un niño percibe en relación a su identidad emergente en términos de inferioridad o superioridad a medida que comienza a formar alguna comprensión del sí mismo (Rychlak, 1998). El niño además de llevarse bien con los otros, debe sentirse competente.

Aparece también el respeto que se considera una mezcla de afecto y temor hacia figuras reconocidas como superiores (personas mayores y los padres). El respeto es el origen de los primeros sentimientos morales que durante la primera infancia es heterónoma, es decir, depende de una voluntad exterior que es la de los seres respetados o los padres (Piaget, 1986). Piaget (en Rychlak, 1998) se refirió a esto como “realismo moral” en que el niño interpreta literalmente las reglas y sólo piensa en el bien en términos de obediencia, es decir, no evalúa los actos en base al motivo que los generó, sino que en términos de la conformidad exacta de estos con las reglas establecidas. De esta manera, en esta etapa, las reglas no tienen una justificación especial sino que sólo existen para ser obedecidas.

Entre los 7 y 12 años, corresponde al estadio de operaciones concretas. El término “concreto” alude a que alrededor de los 7 años el sujeto comienza a aplicar las operaciones directamente a los objetos y se definen como acciones interiorizadas o interiorizables pero reversibles, es decir que se las puede desarrollar en los dos sentidos, como la adición y la sustracción (Piaget, en Bringuier, 1977).

El niño desarrolla la lógica, el sistema de relaciones que permite coordinar distintos puntos de vista entre sí, de los correspondientes a distintos individuos, así como los que corresponden a percepciones o intuiciones sucesivas del mismo individuo (reflexión). Gracias a la aparición de la noción de reversibilidad el niño va desarrollando los principios de conservación sucesivamente y en el siguiente orden: sustancia, peso y volumen (Piaget,

1986). Piaget (en Rychlak, 1998) define la conservación como la posibilidad de retorno al punto de partida. Esta flexibilidad permite que el niño descentre su egocentrismo y considere las cosas de un modo reversible.

Entre los 11 y 12 años disminuye el simbolismo en provecho de los juegos de reglas o de las construcciones simbólicas cada vez menos deformantes y cada vez más cercanas al trabajo continuo y adaptado. Es el destino final del juego simbólico que parece poner término a la infancia, en tanto que el juego de reglas dura hasta la edad adulta (Piaget, 1961).

El individuo se desplaza desde el respeto unilateral hacia el respeto mutuo lo que conduce a nuevas formas de sentimientos morales basados en la cooperación (Rychlak, 1998). Es así, como la regla ya no es respetada dado que es el producto de una voluntad exterior, sino que es el resultado de un acuerdo explícito o tácito. De esta manera, la regla obliga en tanto el propio yo de manera autónoma y consciente acepta el acuerdo que le compete.

Como resultado del respeto mutuo aparece la justicia que puede ser distributiva (basada en la igualdad estricta) o retributiva (que tenga en cuenta las intenciones y las circunstancias de cada uno, más que la materialidad de las acciones). La justicia empieza a establecerse como uno de los sentimientos morales más fuertes en el niño.

Y también, se desarrolla la voluntad la que aparece cuando hay conflictos de tendencias o de intenciones, por ejemplo entre el placer y el deber, y que forma parte del proceso de intencionalidad, de toma de decisiones (Piaget, 1986). La intencionalidad y la voluntad requieren del desarrollo de la identidad del sí mismo (ya que la conducta intencional es imposible sin el conocimiento de sí mismo) y del surgimiento de desequilibrios en la forma de conflictos morales (Rychlak, 1998).

Al entrar a la adolescencia, el individuo comienza a experimentar el gran salto desde el pensamiento concreto al formal o hipotético-deductivo (Piaget, 1986). Ahora, es capaz de deducir conclusiones a partir solamente de hipótesis, y no solo de una observación real. Puede reflexionar independientemente de los objetos así como reemplazarlos por proposiciones. De esta manera, el pensamiento concreto es la representación de una acción posible mientras que el formal es una representación de una representación de acciones posibles. Sería la “lógica de las proposiciones”.

La vida afectiva del adolescente conlleva una doble conquista: la personalidad y su inserción en la sociedad adulta. La personalidad para Piaget (2001, en Quiroga 2005) “*es la capacidad de someterse uno mismo a alguna forma de disciplina...por tanto la personalidad implica un tipo de descentración del sí mismo que subordina las tendencias más egocéntricas a un curso disciplinado de acción*” (pp.20). La personalidad implica

cooperación donde la autonomía se opone a la anomia o ausencia de reglas, y a la heteronomía o sumisión a los dictámenes impuestos desde afuera (Piaget, 1986).

De acuerdo a Sepúlveda, G. (2012) “*los elementos centrales en la organización de la personalidad serían la adaptación y la identidad. Estos procesos implican dos movimientos evolutivos esenciales para el desarrollo: por un lado el equilibrio, que lleva a la progresiva objetivación de la realidad, facilitando la adaptación, y por otro la descentración, que conlleva la construcción de la identidad personal como una integración del mundo y del otro al sí mismo*” (pp.5).

Desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista, la meta central del desarrollo psicológico es el logro de una identidad personal autónoma como un proceso de diferenciación e integración, a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y se interacción con el mundo (Sepúlveda, G. 2003).

Para ello, en el proceso de desarrollo se dan otras metas a las que Sepúlveda y Capella (2012) llaman “movimientos evolutivos” y son: la descentración del sí mismo; construcción de una realidad objetivadora; la abstracción reflexiva; la flexibilidad cognitiva; control de emociones e impulsos; diferenciación e integración del sí mismo; y la autonomía en el sentido de cooperación y reciprocidad en las relaciones interpersonales en base al respeto y responsabilidad social.

El proceso de desarrollo descrito presenta diferencias entre los individuos ya que no es puramente innato sino que depende también de la experiencia (Piaget, 1986). La experiencia puede ser un factor de aceleración o de retraso del proceso de desarrollo al determinar el perfeccionamiento de lo que la maduración hace solamente posible (Piaget, 1961). Para Piaget (1978) el objetivo de la evolución consiste en adaptar activamente a la persona tanto al ambiente físico como social.

En resumen, el desarrollo psicológico se produce en la medida que el sujeto va madurando e interactuando con el ambiente a través de la experiencia, en un proceso dinámico de equilibración de estructuras se va complejizando por el aumento de aprendizajes y habilidades, el que implica coordinaciones de esquemas hasta llegar a la abstracción reflexiva (Piaget, 1978). En otras palabras, la interacción del sujeto sobre los objetos, de los objetos sobre el sujeto, así como de los objetos y sistemas cognitivos entre sí, se van organizando en coordinaciones cuya complejización aumenta a medida que avanza el proceso de desarrollo (Piaget, 1978). Esto, dependerá del éxito de los procesos de asimilación y acomodación para restablecer el equilibrio, lo que conllevará a las “equilibraciones maximizadoras” que implican la superación del estado anterior (Piaget, 1978).

En este proceso evolutivo dinámico, se va organizando la personalidad, donde la conciencia de sí, el reconocimiento de un yo distinto al mundo externo es central (Sepúlveda, G. en Quiroga, 2005). Para Piaget (2001 en Quiroga, 2005) implica la superación del egocentrismo y por lo tanto el equilibrio en las relaciones sociales, con el logro de un sí mismo autoconsciente o reflexivo. Para el logro de la descentración es fundamental la construcción de nuevas estructuras cognitivas para la toma de perspectiva, lo que permite coordinar distintas relaciones recíprocas. Esto se va construyendo en la interacción social al irse incorporando relaciones de cooperación donde el individuo se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas (Sepúlveda, G. 2003).

3.4.- Psicopatología evolutiva:

Piaget (1986) hace referencia al desarrollo mental como un proceso de construcción continua, comparable al levantamiento de un gran edificio que, a cada elemento que se le añade, se hace más sólido, o mejor aún, al montaje de un mecanismo delicado cuyas sucesivas fases de ajustamiento contribuyen a una flexibilidad y una movilidad de las piezas tanto mayores cuanto más estable va siendo el equilibrio. De esta manera, en la psicopatología se observa una desviación en la construcción de este edificio, o bien una rigidización de las piezas que lo conforman. Estas alteraciones en el desarrollo, van interfiriendo en su devenir, dando paso a la posterior manifestación de síntomas, cuya pertenencia a un cuadro psicopatológico u otro va, a depender del tipo de desviación que se gestó previamente en el desarrollo.

En este marco la noción de “psicopatología evolutiva” resulta central (Sepúlveda, M. 2011). Esta, se refiere a que en cierto período del desarrollo no se han construido bien ciertos procesos cognitivos cuya alteración comandará el resto del desarrollo de la personalización del individuo, caracterizando los distintos cuadros psicopatológicos. Es decir, el desarrollo psicopatológico tiene relación con cómo se constituye el sujeto desde la estructura que tenía y desarrolla la enfermedad. Aquí, en palabras del Dr. Mario Sepúlveda (2011) participan elementos personificadores (que en forma de esquemas, dan significado a una acción) y la personalización es como se va constituyendo la persona (que correspondería a las coordinaciones de esquemas y estructuras). Por lo tanto, “*la psicopatología tiene una evolutividad*” (Sepúlveda, M. 2011)

De acuerdo a Sepúlveda, G. (2012) desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista la psicopatología se explicaría por “*la desequilibración permanente de estos procesos centrales del desarrollo psicológico. El desequilibrio se daría en el caso que los estímulos externos sean muy perturbadores, en el sentido de contradictorios o conflictivos, con los esquemas cognitivos y afectivos previos, por lo cual estos no podrían incorporarse al sistema de conocimientos, o bien estos esquemas previos tienen lagunas de conocimientos que no permiten la comprensión de estos estímulos externos, y no logran la satisfacción de las necesidades básicas de la persona*”.

Para Piaget (en Rychlack, 1988) la conducta anormal o desajustes es el resultado de la alteración en el proceso de desarrollo destacando tres aspectos como centrales: desequilibrios permanentes, fijación en cierta etapa del desarrollo y la no adquisición de una imagen personal e identidad de sí mismo realista.

En cuanto a los desequilibrios permanentes se refiere a cuando un patrón duradero (aprendido) de conducta no logra satisfacer exitosamente las necesidades mediante las reacciones circulares de acomodación y asimilación (Rychlak, 1998). Esto, conduce a sentimientos de debilidad y poca fuerza de voluntad, que no permite la dirección del comportamiento, generando desajustes con el medio, al perderse la capacidad de la persona de dirigir con intencionalidad sus acciones (Sepúlveda, G. 2012).

Se produce un desequilibrio de las estructuras lógicas en que una excesiva rigidez o flexibilización de las estructuras lleva a las organizaciones psicopatológicas (Sepúlveda, G. 2012). La adaptación inteligente está constituida por un equilibrio entre la asimilación y acomodación. Sin asimilación la acomodación no presentaría ninguna posibilidad de coordinación ni de comprensión; pero, sin la acomodación, “una asimilación pura deformaría el objeto en función del sujeto” (Piaget, 1961 pp.116).

Piaget (en Rychlak, 1998) se refirió a la fijación en el desarrollo como un fracaso para evolucionar, aludiendo a que no todos los seres humanos llegan a los niveles más elevados de pensamiento abstracto, dado que no logran progresar de cierto nivel. No se trata que las personas regresen a una etapa anterior, sino que no logran avanzar por completo al siguiente nivel produciéndose desarmonías en el desarrollo (Sepúlveda, M. 2011).

Si un niño se mantiene en el egocentrismo y continúa pensando en modos sincréticos y otras formas prelógicas, no logrará en ajuste social. Según el grado en que se estrechen los esquemas y el pensamiento pierda reversibilidad, se puede ver que el individuo compensa al presionar esquemas que no encajan en la realidad. Cuando sucede esto, Piaget (en Rychlak, 1998) dice que la “asimilación se distorsiona”. Esto implica una falla en la coordinación de los procesos de asimilación y acomodación que conduce a que la persona quede rígidamente fijada en esquemas que no están orientados a la realidad (Rychlak, 1998).

La adquisición de una imagen de sí mismo poco realista implica que los niños que se sobreestiman o subestiman demasiado estructuran esquemas afectivos poco coherentes o incompletos, presentando desajustes de diversos tipos, dado que el niño no logra acomodarse a las realidades de la existencia y, en vez de ello, reprime los aspectos que no son asimilables, negando la realidad (Sepúlveda, G. 2012). De manera que será el sujeto y no la realidad el que esta desajustado (Rychlak, 1998). En este desajuste, se asimilan a la imagen de sí mismo sólo algunos aspectos que agradan y que no desbalancean la estructura personal, y se reprimen los aspectos de desagradan afectivamente y que producen

contradicción (Sepúlveda, G. 2012). En palabras de Sepúlveda, G. (2012) “*la adquisición de una imagen personal e identidad de sí mismo realista, son esenciales para la adaptación*” (pp.6).

Desde la teoría Piagetana la persona bien ajustada (adaptada) es autoaceptada, deseosa de acomodarse y, sobretodo, realista acerca de la vida (Rychlak, 1998). Asimismo, al referirse a un desarrollo adaptativo desde la dimensión piagetana, Sepúlveda, G. (2012) dice: “*una organización de personalidad adaptada, sería la de una persona aceptadora de sí misma, con voluntad de acomodarse y realista acerca de la vida. Al mismo tiempo con la capacidad de transformación y cambio, de autonomía, para transformar la realidad de sí mismo en la interacción con el medio*”.

2.5.- Psicoterapia evolutivo cognitivo constructivista:

La psicoterapia evolutivo cognitivo constructivista está orientada a la facilitación del desarrollo humano del niño y adolescente, con el objetivo de lograr un equilibrio interno y externo, favoreciendo un mayor bienestar psíquico y una mejor adaptación al medio, a través de diferentes técnicas que utilizan la acción, palabra e imagen como formas de comunicación, en un espacio relacional de contención afectiva (Sepúlveda, G. 2012).

Desde el punto de vista cognitivo, la psicoterapia, se basa en la premisa que tanto los afectos como la conducta de un individuo tiene relación con la manera como este estructura el mundo y que los esquemas cognitivos se van desarrollando desde la experiencia previa (Ronan, 1997). Se reconoce la influencia e interdependencia del desarrollo cognitivo, afectivo y social, así como de factores biológicos y comportamentales tanto en la etiología como en el tratamiento de la psicopatología (Powell & Oei, 1991 en Ronen, 1997).

La tarea del terapeuta consiste en ayudar al niño a evaluar las alteraciones o deficiencias en los procesos cognitivos y crear métodos en que el niño pueda participar activamente en el desarrollo de nuevas estructuras que reemplacen las desadaptativas o ausentes, a través de experiencias de aprendizaje (Ronan, 1997).

El método que se utiliza es de descubrimiento guiado a la manera del método clínico de Piaget, donde el terapeuta induce desequilibrios y el sujeto por si mismo irá descubriendo alternativas que satisfagan la necesidad, generando cambios cognitivos. Y las técnicas principales son las narrativas a través de las cuales el sujeto va narrando y construyendo su realidad, las que pueden llevarse a cabo por medio de la palabra, la imagen o la acción (Sepúlveda, G. 2012). El camino que se utilice dependerá de cada caso en particular.

La psicoterapia implica la observación de cómo el sujeto ha ido construyendo su sí mismo, su vida, su realidad. Requiere de la evaluación de aspectos del desarrollo como edad, nivel cognitivo, y el tipo de problema referido para seleccionar la mejor forma de tratamiento (Ronen, 1993b, en Ronen, 2003). Asimismo, enfatiza en la relación del sujeto con el ambiente viendo cómo el medio influencia en la conducta, emociones y pensamientos y viceversa. Apunta al tratamiento de la persona más que del problema; persona considerada como una totalidad con sentimientos y pensamientos dentro de un ambiente (Ronen, 2003).

Dentro de los autores que se han interesado por aplicar la teoría piagetana a la práctica clínica se encuentran Ivey, Kegan y Rosen (Ivey, 1986; Kegan 1981; Rosen, 1985, en Feixas y Villegas, 2000). Estos autores convergen en la idea de la necesidad de evaluar en el estadio de desarrollo en que se encuentra el cliente y desde ahí, escoger las técnicas de intervención adecuadas para la efectividad terapéutica. Es así, como el terapeuta debe actuar con una actitud acomodativa a las necesidades y realidad del paciente (Rosen, 1985 en Feixas y Villegas, 2000). Esto requiere de un alto nivel de flexibilidad y creatividad por parte del terapeuta.

Ivey (1986) en su modelo conocido como “terapia del desarrollo” se basa en la psicología evolutiva de Piaget. Siguiendo a Kegan (1986, en Feixas y Villegas, 2000) alude a una evolución en espiral la que se produce a través de una repetición de ciclos, alcanzando nuevos estadios. Los estadios van apareciendo de manera progresiva, sin embargo no quedan absorbidos unos en otros sino que mantienen su autonomía e interactúan entre sí. De acuerdo a esto, ningún estadio sería mejor que otro, sino diferentes. La terapia para este autor, sería un proceso que empieza en el estadio sensorio-motor y termina en el de operaciones formales, así como también, se refiere a ella como un proceso transaccional en el que dos realidades personales (terapeuta- cliente) interactúan a través de sucesivas asimilaciones y acomodaciones.

Para Rosen (1985, en Feixas y Villegas, 2000) el individuo acude a terapia cuando no puede asimilar o resolver un problema con la estructura conceptual de su actual estadio del desarrollo. Asimismo, el terapeuta no podría aludir a resistencias del paciente, sino que el problema estaría dado por una falta de habilidad del terapeuta para adecuarse al estadio en que se encuentra el sujeto. Siguiendo a Piaget, Rosen señala que (en Feixas y Villegas, 2000) cognición y emoción serían parte del mismo fenómeno, por lo que un cambio a un estadio superior del desarrollo cognitivo de una persona, conlleva a una organización emocional cualitativamente distinta. Asimismo, la efectividad terapéutica dependería del logro de un cambio estructural del sujeto y no de un aprendizaje superficial.

Kegan (1982), señala que además de aliviar el dolor del paciente y restaurar la homeostasis de un estadio determinado, es importante promover el proceso de construir significados. El terapeuta acompaña y apoya al paciente en la construcción de un nuevo sí mismo. Conocer la manera en que el paciente construye significados sobre sí mismo y los otros, el pasado presente y futuro, es central para una terapia efectiva (Rosen, 1985). La evolución de la actividad de significación es el motor fundamental en la personalidad (Kegan, 1982). La palabra significaciones, Kegan la utiliza para referirse a la actividad simultánea tanto epistemológica como ontológica; es decir, de conocer y ser al mismo tiempo ya que en el desarrollo del conocimiento del mundo, el sujeto a la vez va experimentando esta actividad (Kegan, 1982). Es un trabajo terapéutico con el paciente desde una perspectiva evolutiva, cognitiva y estructural (Rosen, 1985).

En resumen y en palabras de Sepúlveda, G. (2012): “*la psicoterapia evolutiva se constituye en un espacio para que el niño o adolescente descubra y defina quien y como quiere ser, tomando conciencia de sí mismo y de su relación con el mundo. Que sea un constructor activo de su propia realidad, a partir de una realidad externa que sólo se conoce por medio del significado que la persona le da. La psicoterapia guía a la persona a un descubrimiento activo de su experiencia y así a desarrollar significados de sí mismo y de la realidad coherentes, que faciliten el equilibrio y la adaptación personal* (pp.8).

Ya planteados los aspectos centrales del enfoque evolutivo cognitivo constructivista, así como el modo de conceptualizar la psicopatología y la psicoterapia, se continuará con la revisión de la psicosis esquizofrénica en niños y adolescentes desde la perspectiva de la psicopatología evolutiva constructivista. Esto se hará desde los tres ejes del desarrollo psicopatológico planteado por Piaget: desequilibrios permanentes, fijación en etapas anteriores e imagen de sí mismo poco realista.

4.- Esquizofrenia desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista.

“No se es esquizofrénico. Se vive esquizofrénicamente sobre un continuo de normalidad, en circunstancias, a veces, muy breves y sutiles en las que, si el sujeto se instala prolongadamente, concluye por adoptar un estereotipo de cronicidad (...). Hablar de condición esquizofrénica no es proyectarla sobre una base genética anómala, degenerada, sino tratar de entenderla como un modo de desarrollarse la vida”.

Colodrón (2002, en Puente et al. 2007)

“Piaget sugiere que algunos de los síntomas delirantes que se observan en los desórdenes psicóticos adultos, como la esquizofrenia, pueden provenir de la experiencia temprana”.

(Rychlak, 1998).

En el capítulo sobre esquizofrenia en niños y adolescentes se mencionaron varios estudios que señalan alteraciones en el funcionamiento premórbido de los sujetos como dificultades motoras, de rendimiento intelectual, afectivo y social. Esto, desde la mirada constructivista tendría relación con desarmonías en el desarrollo, en los procesos cognitivos, que irían constituyendo una construcción patológica, lo que en conjunto con la presencia de antecedentes genéticos de esquizofrenia en la familia, posicionaría al individuo como en riesgo a desarrollar el cuadro clínico (Sepúlveda, M. 2011).

El niño o adolescente que presenta una esquizofrenia, previamente, aunque con desarmonías, ha ido construyendo una realidad en una relación dialéctica con el ambiente en la que hay novedad, aprendizajes, adaptación. Ha vivenciado una conciencia de sí, un sí mismo. Cuando aparece la enfermedad, se produce una desestructuración de los procesos cognitivos, una ruina en la configuración de la realidad (Sepúlveda, M., 2011). Al imponerse el delirio al sujeto, este pierde la capacidad reconstructiva en base a los esquemas anteriores; el actuar del individuo carece de conciencia reflexiva, de planificación y de propositividad (Sepúlveda, M. 2011). Esto correspondería al quiebre esquizofrénico, cambiando la forma en que el sujeto construye la realidad la que no es adaptativa ni tampoco compartida por el resto, donde el sujeto tampoco ya se reconoce a sí mismo en una identidad fragmentada.

Esto se grafica en el siguiente caso: Pedro de 8 años, dentro de sus antecedentes presentaba intensa ansiedad social, retraimiento y mucho interés por los juegos de construcción en los que pasaba gran parte del día y sin mostrar la curiosidad por explorar el ambiente propia de los niños de su edad. Luego comenzó a volcar su interés en su rendimiento académico mostrándose autoexigente y con escasa participación social (tenía sólo un amigo). Frente a esto último, señalaba ser más maduro que sus pares y no compartir los mismos intereses.

Posteriormente comenzó a presentar problemas de rendimiento especialmente en matemáticas, lo que vivía con angustia y se autoagredía. Trascurrido un tiempo su motivación por las tareas escolares disminuyó considerablemente presentando apatía y volviendo a centrar su interés en los juegos de construcción. Junto a esto, aparece el humor delirante paranoideo que los demás lo miran, juzgan y señalan, diciéndole “¡tonto!”, lo que interfirió significativamente en su funcionamiento cotidiano negándose incluso a salir de su casa. Durante la hospitalización psiquiátrica, señala: “*no sé qué me pasa, si yo sé que soy más inteligente que el resto pero no me puedo concentrar...es por esas voces y la gente que me dice “tonto”, como no se dan cuenta?. Si los tontos son ellos, grrrr!!! Que rabia, que se creen?? Si yo no les he hecho nada*”.

En la esquizofrenia lo primario es la percepción delirante donde el proceso cognitivo es la intuición (Sepúlveda, M., 2011). Se percibe y se intuye sin conciencia, y se agrega lo apodíctico. Hay errores en los procesos cognitivos que hacen vivir al sujeto la irrealidad como realidad (Sepúlveda, M. 2011). Para el esquizofrénico lo subjetivo se ha vuelto objetivo, percibe lo que él produce como si viniera desde fuera (Pelegrina, 2011).

El quiebre sería de la relación afectiva, cognitiva, social y moral. No hay regresión, sino que la relación dialéctica se ha perdido. Las estructuras cognitivas siguen funcionando de manera rígida aparentemente impermeables a las perturbaciones del ambiente, quedando el sujeto inmerso en el autismo esquizofrénico que corresponde a un egocentrismo que no considera al otro, aislado en su propia realidad. Los procesos, constructos, se detienen o se desvían o desaparecen, se pierde la condición esencial del constructivismo que es la dialéctica (Sepúlveda, M. 2011). En la esquizofrenia se cambia el simbolismo y significado de las cosas, constituyendo el delirio un trastorno de la simbolización (Sepúlveda, M. 2011).

Es preciso aclarar que se pueden encontrar similitudes entre ciertos síntomas esquizofrénicos y determinadas formas de pensamiento en el niño. En ningún caso corresponde a una homologación, ya que son procesos distintos. Por lo tanto, resulta necesario hacer la distinción entre ambos ya que tomando las palabras del Dr. Mario Sepúlveda “*hay ciertos aspectos en el esquizofrénico que podrían asemejarse a los procesos que vive el niño, observándose principalmente en el delirio, alucinaciones y conciencia de sí. No es lo mismo, porque de lo contrario todos los niños serían esquizofrénicos.*” (Sepúlveda, M. 2011)”.

En el libro “La función simbólica y diario de una esquizofrenia”, la Dra. Sechehaye (1958) concluye tras años de trabajo con su paciente Renée: “*es de gran interés para el conocimiento del yo esquizofrénico, observar que existe una correspondencia entre la construcción del yo infantil y la reconstrucción del yo psicótico: ambos pasan por idénticos estadios desde el punto de vista fenomenológico y estructural, difiriendo profundamente desde el punto de vista funcional*” (pp.196).

En cuanto a las diferencias principales entre esquizofrenia y desarrollo evolutivo me referiré a lo planteado por el Dr. Mario Sepúlveda (2011) lo que permite también hacer la distinción entre un niño o adolescente que sufre de esquizofrenia de los que presentan un proceso madurativo normal:

En primer lugar, el niño distingue entre fantasía y realidad; es decir, si percibe algo extraño como una voz, duda e investiga, además el estadio con aumento de la fantasía es transitorio. El sujeto esquizofrénico es apofánico, tiene la certeza y su estado es permanente.

Segundo, el funcionamiento del adolescente esquizofrénico no es homogéneo pudiendo en algunas áreas desenvolverse reflexivamente (por ejemplo, al resolver problemas de matemáticas) pero mostrar en otras, como en síntomas positivos como el delirio, ausencia de esta función con un pensamiento prelógico, tautológico.

Tercero, en el delirio hay un compromiso del sí mismo, el niño por el contrario tiene conciencia de sí y juicio de realidad. En el autismo esquizofrénico el individuo está desapegado de la realidad, el delirio conforma su realidad. En cambio, el niño con ausencia de patología, está inmerso en la realidad y sus fantasías son parte de ella pero de manera transitoria y adaptativa ya que es la manera que sus estructuras cognitivas en ese momento determinado le permiten asimilar y acomodar la realidad. La fantasía del delirante es permanente.

Y cuarto, en el esquizofrénico, el delirio mueve la conducta a diferencia de la conducta del niño que explora el ambiente. De esta manera, la conducta del niño es adaptativa, tiene intencionalidad, voluntad. En el esquizofrénico la conducta esta entregada al delirio, no hay propósito de intencionalidad. No puede, hay una pérdida de realidad.

Ya planteadas las diferencias, se continuará con el análisis de la esquizofrenia en niños y adolescentes desde los tres ejes de la conducta anormal o patológica propuestos por Piaget, considerando algunos síntomas particulares. Estos ejes son los desequilibrios permanentes, fijación en una etapa anterior del desarrollo y la no adquisición de una imagen personal e identidad de sí mismo realista.

4.1.- Desequilibrios permanentes:

El desarrollo depende del logro de “equilibraciones maximizadoras” de las estructuras psíquicas que permiten el paso a un estadio de complejidad superior a través del funcionamiento exitoso de los mecanismos de asimilación y acomodación (Piaget, 1978).

En el desarrollo del sujeto esquizofrénico se producen fallas en el ajustamiento entre el sujeto y los objetos, en la coordinación de esquemas y en la diferenciación e integración, lo que obstaculizaría la dirección de la acción hacia regulaciones o compensaciones equilibratorias. Viviría en un constante desequilibrio (o nuevo equilibrio no adaptativo), negando todo aquello de la realidad que no es capaz de asimilar o acomodar.

En el paciente esquizofrénico se observa un modo de estar en el mundo (término empleado por Heidegger) predominantemente pasivo en el que destaca la falta de voluntad, el embotamiento afectivo y la indiferencia. La ausencia de motivación que conduce a la acción, obstaculiza el logro de nuevos aprendizajes, las experiencias se reducen en el autismo y en su funcionamiento prima la asimilación a sus estructuras construidas reprimiendo cualquier negación a lo estructurado previamente.

Hay un fracaso en el objetivo evolutivo de adaptar activamente al sujeto tanto al ambiente físico como social, donde el niño o adolescente no logra acomodarse a las realidades de la existencia y frente a esto, reprime los aspectos que no son asimilables dándose el desajuste (Rychlak, 1998).

El funcionamiento se torna rígido y, en el desequilibrio, predomina la asimilación deformando el sujeto lo real a lo ya construido, lo que obstaculiza la construcción de una realidad objetivadora. Como en el caso de la siguiente paciente esquizofrénica que afirmaba con absoluta certeza en base a su percepción: “*cuando me iban a dejar a Puerto Velero como era tan lejos y no parábamos nunca pensé que mis papas me querían llevar lejos para dejarme abandonada*” (Dania, 13 años).

Siguiendo al Dr. Mario Sepúlveda (2011), el esquizofrénico no configura realidad, por lo tanto, no hay equilibrio de los esquemas; en otras palabras, hay un nuevo equilibrio que no es adaptativo. La enfermedad constituye un nuevo equilibrio desde la irreabilidad (del delirio), en que se desconfigura la realidad pasando a vivir el sujeto en la irreabilidad.

4.2.- Fijación en una etapa anterior del desarrollo:

Los mecanismos equilibradores insuficientes en el paciente esquizofrénico, obstaculizan la posibilidad de lograr nuevas coordinaciones de esquemas produciéndose una fijación en etapas previas del desarrollo en las que predomina el egocentrismo, lo que ya no resulta funcional para la adaptación del individuo.

Desde el funcionamiento premórbido, el niño o adolescente evidencia dificultad para adquirir nuevos aprendizajes, de adaptación, lo que se observa a nivel intelectual (menor coeficiente intelectual, fallas en pruebas de conservación), afectivo (aplanamiento, falta de repercusión) y social (tendencia al aislamiento).

En el brote esquizofrénico con delirios como uno de sus síntomas, lo que se ha observado principalmente en sujetos mayores de 7 años, se encontrarían fenómenos similares a los de la estructura de pensamiento del período pre-operacional, dado que el sujeto no evoluciona. El individuo permanece inconscientemente centrado en sí mismo con un tipo de pensamiento global absoluto e irreversible (esta irreversibilidad en términos de estructura de pensamiento y no pronóstico). Muchas de las conductas extravagantes que presentan los esquizofrénicos pueden comprenderse en el sentido de que se deben a las percepciones y operaciones confundidas que son el resultado de un pensamiento fijado, estrecho y prelógico. Siguiendo a Piaget, los síntomas delirantes tiene relación con un funcionamiento desajustado y egocéntrico en que el sujeto está convencido que los demás pueden saber lo que está pensando (Rychlak, 1998).

Hay posibilidad de intercambio entre individuos (socialización de la acción), pensamiento e interiorización de la acción pero limitado al plano intuitivo de las imágenes y de las “experiencias mentales”. El esquizofrénico, a semejanza del niño pequeño, al hablar a los demás se habla también a sí mismo constantemente mediante monólogos variados sin lograr una socialización verdadera; es decir, no sale de su propio punto de vista para coordinarlo con el de los demás. Es así, como afirma con certeza sus delirios y presenta un discurso disgregado con total indiferencia respecto a si es comprendido por el otro (Seikkula et al, 2001).

En palabras del Dr. Eduardo Durán (2011) “*en el discurso disgregado hay una pérdida de la finalidad y con alteraciones pragmalingüísticas que determinan el fracaso en el discurso del acto perlocutorio, culminando así con un acto de habla vacío*” (pp.83). Las alteraciones pragmalingüísticas son todas aquellas que se pueden presentar en el discurso del paciente y que obstaculizan el acto perlocutorio que es la finalidad, es decir, en cuanto los ruidos con significados que constituyen el habla logren transmitir un mensaje con intención.

El pensamiento egocéntrico y prelógico excluye toda objetividad hacia la adaptación a los demás y a la realidad, constituyendo una asimilación deformadora de lo real al yo. A esta edad, el niño afirma pero no demuestra, es decir, hay una ausencia de prueba. En el estadio prelógico, el niño suple la lógica con el mecanismo de intuición que es la simple interiorización de las percepciones y movimientos en forma de imágenes representativas con ausencia de una coordinación racional (Piaget, 1986).

La similitud con el tipo de pensamiento prelógico de estructuración preconceptual puede observarse por ejemplo en el caso de este paciente esquizofrénico que presentaba conductas mágico-fenomenoistas, quien señalaba: “*no puedo dejar de estirar mi brazo izquierdo cada cierto tiempo, si no lo hago alguien puede morir*” (Juan, 15 años)

Por su parte, Sechehaye (1958) hace mención al pensamiento simbólico característico de lo que llamó “regresiones esquizofrénicas” y semejantes al pensamiento infantil, señalando “*a medida que el sujeto va perdiendo la conciencia subjetiva de sí, localiza más sus sentimientos en las cosas; los límites que separan al mundo interior del pensamiento del mundo exterior de la realidad se borran; los objetos se hacen amenazadores, viven, se burlan, ridiculizan*” (pp. 186). Esto queda claramente expresado en algunas percepciones delirantes donde aparece animismo como este sujeto que afirmaba: “*la televisión me habla, me da mensajes de protección porque sabe lo que estoy pensando, pero también me amenaza. Es mi compañera, es mi amiga pero mala*” (Manuel, 18 años).

Asimismo, como recuerda el Dr. Mario Sepúlveda (2011), en el “pensamiento fisiognómico” las cosas son lo que parecen y no lo que realmente son. Para los niños, por ejemplo, la luna los sigue; para el esquizofrénico, la gente mira feo y hace una interpretación delirante al respecto. Si bien son procesos similares, la diferencia con el niño normal, es que éste puede cambiar su interpretación con un cuestionamiento, en cambio el esquizofrénico no, tiene la certeza desde la irreabilidad.

La indisociación entre el mundo interno y el universo físico en el esquizofrénico se percibe también en el “trema” el que consiste en una forma perceptiva de vivenciar especial (Conrad, 1997) donde se conocen los significados, todo adquiere un nuevo sentido, todo es algo revelador, el sujeto tiene la sensación que todo gira en torno a él. La diferencia entre un período normal del desarrollo y psicopatología esquizofrénica, estaría dada por la etapa evolutiva del sujeto, así como por el carácter “apofánico” típico de la percepción delirante (Sepúlveda, M. 2011). Como en el caso de esta paciente que afirmaba: “*Sé que la gente me quiere hacer daño, lo sé cuando me miran... (¿cómo?) no sé... pero estoy segura*” (Andrea, 15 años). El tremo para el Dr. Mario Sepúlveda (2011), correspondería al humor delirante. Es un delirio y el humor está dado porque hay afectividad. De esta manera, en la esquizofrenia hay afectividad pero comprometida, distorsionada. Esto se puede visualizar en que el sujeto esquizofrénico también se enoja, sufre.

En el pensamiento prelógico hay equivalencia mientras hay correspondencia visual pero la igualdad no se conserva por correspondencia lógica. En este punto resulta interesante recordar aquellos estudios en que se observó que pacientes esquizofrénicos no habían adquirido la noción de conservación de la materia (Caplan 1990b, en Asarnow y Karatekin, 2001). Al preguntársele a un adolescente esquizofrénico: ¿qué pesa más, un kilo de plumas o un kilo de piedras?; este responde riéndose “*la pregunta... obvio que un kilo de piedras!*” (Manuel, 18 años). Cabe agregar la observación realizada por el Dr. Mario Sepúlveda (2011) al respecto, en cuanto a si en estos casos el paciente perdió la función de reversibilidad o nunca la logró. En el caso en que no se hayan conseguido las estructuras, sería un problema del neurodesarrollo. Este aspecto, que en las investigaciones mencionadas en la primera parte de este trabajo se exploraba con estudios de laboratorio, desde esta perspectiva, estaría expresado en la conducta y discurso del sujeto, lo que siempre hay que explorar.

Es importante diferenciar entre estructura de pensamiento y coeficiente intelectual. Ya que un sujeto con esquizofrenia puede responder bien ante una pregunta compleja y luego a otra no. Para el Dr. Mario Sepúlveda (2011), en la esquizofrenia existiría una discontinuidad en el discurso mental y no necesariamente un déficit intelectual; es decir, no hay estabilidad. Al pensar sobre los estudios mencionados anteriormente sobre las desarmonías en el funcionamiento intelectual y menor coeficiente intelectual encontrados en los pacientes esquizofrénicos, ¿estará la inteligencia comprometida o serán momentos invadido por la afectividad en que no puede responder bien?. Dado a que incluso en algunos casos, pasado un tiempo, el sujeto puede responder bien a la misma pregunta.

En el estadio prelógico, en cuanto a la vida afectiva, aparecen los sentimientos interindividuales (afectos, simpatías y antipatías) que dependen de los propios intereses y de que lo valoren, es decir, el niño experimentará simpatía hacia quien comparta sus intereses (Piaget, 1986). En el caso del paciente esquizofrénico puede manifestar rápida antipatía (considerándolo incluso como un enemigo o perseguidor) a quien no comparta y/o cuestione sus vivencias y creencias (Seikkula et al., 2001; Lozano, 2007). De esta manera, en el niño sin patología sus sentimientos dependerán de la interpretación que hace sobre la conducta del otro, mientras que en el caso del esquizofrénico dependerá de si los otros comparten su delirio o no.

Desde la perspectiva evolutiva cognitiva constructivista, la esquizofrenia de inicio muy temprano es de peor pronóstico, ya que no se han logrado estructuras más evolucionadas quedando el sujeto en la fijación de estados insuficientes y rígidos, que generan desarmonías en el desarrollo que posteriormente se manifiestan en los síntomas psicopatológicos. Frente a esta situación, ¿puede el niño o adolescente esquizofrénico construir estructuras más evolucionadas?. El Dr. Mario Sepúlveda (2011) responde: “*sí, e incluso enjuiciar sus actos anteriores cuando se mejoran pero para eso tiene que desaparecer el delirio, los síntomas positivos*”.

4.3.- No adquisición de una imagen personal e identidad de sí mismo realista:

Piaget (1983, en Sepúlveda, G. 2012) define la personalidad como el sistema total de los esquemas y operaciones interrelacionadas, que ocurren en los niveles sensoriomotor, intelectual y afectivo. En palabras de Sepúlveda, G. (2012) “*los elementos centrales en la organización de la personalidad serían la adaptación y la identidad. Estos procesos implican dos movimientos evolutivos esenciales para el desarrollo: por un lado el equilibrio, que lleva a la progresiva objetivación de la realidad, facilitando la adaptación, y por otro la descentración, que conlleva la construcción de la identidad personal como una integración del mundo y del otro al sí mismo*”. (pp. 5).

En la esquizofrenia la identidad se encuentra alterada, donde el sujeto ya no se reconoce a sí mismo, hay una pérdida de la continuidad del sí mismo. Se produce un quiebre en la identidad, como se observa en el siguiente caso: “*yo era extrovertido, jugaba más. Después de los 12 años me fui para adentro*”. (Sergio, 18 años); o en este otro, donde la pérdida de identidad se muestra en una condición de perplejidad: “*de repente todo cambió, mi forma de ser, todo...no, no sé quien soy ahora...no me podría definir...*” (Pablo, 15 años).

Se pierde la propiedad del yo como se expresa en el fenómeno de despersonalización, tal como alude un paciente “*mis pensamientos no son míos, algo me impone ideas en la cabeza*” (Sergio, 18 años). Asimismo, se presenta una la imagen de sí mismo poco realista en que hay una sobreestimación, como se representa en la siguiente vivencia delirante: “*yo tengo poderes especiales, puedo controlar el viento y tampoco moriré porque soy un gato con poderes, de esos que viven para siempre*” (Florencia, 12 años). O en el siguiente caso: “*me gustaría estudiar geofísica*” (Arturo 17 años, hace 2 que no puede asistir al sistema educacional regular).

El autismo, replegarse hacia sí mismo rompiendo con la realidad por pérdida de sentido y discordancia interna, es el mundo real para el esquizofrénico. En el priman la fantasía y distorsiones imaginarias. Deja de ser “sí mismo” por la pérdida de su unidad y de la continuidad histórica de su yo, que ha quedado fragmentado, y cada fragmento tendrá su expresión alejada de lo unitario y de la referencia y continuidad histórica. Sería un mundo ilógico, impenetrable, cerrado, mágico, imaginario, donde se pueden vivir delirantemente temáticas de toda índole (Chinchilla, 2007).

En este funcionamiento se pierde la integridad y el reconocimiento de sí mismo, con ausencia de la continuidad de sí en el tiempo y falta del reconocimiento del otro. Como en este ejemplo: “*no me reconozco en el espejo, como mis principios, como las ideas no me identifican...desde las vacaciones de invierno pasado*” (Francisco, 14 años)

En resumen, desde esta perspectiva, la esquizofrenia es un proceso psicótico que aparece antes del quiebre, donde lo apofánico de lo delirante constituye una segunda parte de la enfermedad, ya que ésta se ha venido desarrollando desde mucho antes (Sepúlveda, M. 2011).

El momento del quiebre puede variar, tal como se mencionó en las distintas formas de manifestación ya sea de inicio insidioso o agudo. La desarmonía previa observada en el desarrollo constituye un factor de facilitación para la presentación del cuadro (Sepúlveda, M. 2011).

A modo de cierre del presente capítulo y de introducción al siguiente, en el que se expondrán lineamientos de intervención, tomo nuevamente palabras de Sechehaye (1958) quien dentro de las conclusiones de su obra sobre una paciente esquizofrénica, alude: *“Ciertamente no se trata de reducir la mentalidad esquizofrénica a los marcos de la mentalidad infantil: esto sería un error manifiesto, pues hay enormes distancias que los distinguen. Sin embargo, frente a un enfermo que, como Renée, ha efectuado una profunda regresión a las etapas primitivas de su evolución, ¿por qué no considerar los fenómenos que presenta a la luz de las teorías de Piaget, cuando de esta comparación podría sacarse preciosa prueba de lo que nos parece como proceso disgregador puede convertirse, bajo ciertas condiciones, en proceso reconstructor?. En efecto, algunos esquizofrénicos utilizan los mismos mecanismos de proyección, de participación, de condensación y de imitación para expresar su vida psíquica. En lugar de dejar que estos mecanismos se pongan al servicio de los impulsos y de las construcciones delirantes, ¿no se podrían derivar y utilizar para intentar una reconstrucción del yo psicótico?. Si en el niño no constituyen sino un aspecto normal y natural de su evolución afectivo intelectual, en el enfermo, como lo hemos visto cumple una función primaria: la de sustraerlo de la realidad frustrante para permitirle satisfacer una necesidad fundamental. Son estos aspectos los que tenemos que estudiar mejor para utilizarlos en una nueva psicoterapia, psicoterapia basada en la realización simbólica de las necesidades fundamentales del enfermo”*(pp.209). En su trabajo, el mecanismo de la función simbólica fue central para evolución del yo de su paciente, pasando desde de la mera imitación hasta llegar a la construcción de una conciencia de sí.

La psicoterapia desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista con niños y adolescentes esquizofrénicos será el tema del próximo capítulo. Siguiendo a Sepúlveda, G. (2011) los objetivos terapéuticos desde este enfoque apuntan principalmente al descentramiento, flexibilización de estructuras cognitivas y diferenciación e integración del sí mismo. Estos objetivos favorecen el logro de la meta en el trabajo con el paciente esquizofrénico que es esencialmente encontrar un sentido, lo que implica intencionalidad (Sepúlveda, M. 2011).

5.- Lineamientos de intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes que presentan esquizofrenia desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista.

La psicoterapia con el paciente esquizofrénico es un desafío para el clínico, el que no sólo debe aproximarse al mundo del otro, sino que a un mundo caótico, confuso e irreal. Es así como se verá que en ciertos momentos de la enfermedad resulta imposible trabajar con el paciente sobre sus estructuras dado que se encuentra en un estado de alienación y egocentrismo tal, que no reconoce al otro. Mientras, que en otros, esto sí será posible apuntando el tratamiento hacia la construcción de estructuras más evolucionadas y adaptativas que le permitan un ajuste a la realidad logrando la integración tanto social como de sí mismo y la autonomía en cuanto pueda desenvolverse en distintos roles sociales.

La psicoterapia implica el encuentro entre dos realidades (la del terapeuta y la del paciente) que tienen que coordinarse entre sí para lograr un cambio. En este proceso, el terapeuta es un ayudante del paciente en su proceso de construcción de una nueva realidad, que a la manera de un científico irá realizando por medio de la experimentación. Esto, requiere de flexibilidad, creatividad y constante acomodación por parte del terapeuta. Así como también, una actitud respetuosa hacia el paciente, tanto sobre su sufrimiento como sobre su proceso de construcción, respetando el ritmo personal del sujeto. La psicoterapia también requiere de la afectividad del terapeuta quien tendrá que contener, apoyar y generar un ambiente cálido y de confianza.

La principal meta del proceso terapéutico con la persona que presenta esquizofrenia es encontrar un sentido, de manera que aparezca la intencionalidad (que implica voluntad). Esto implica recuperar un sentido de sí mismo, lograr un reconocimiento de los otros como seres únicos y diferentes, así como poder construir un proyecto vital. Para eso hay que detectar las líneas constructivas que persisten en el paciente, los “continentes de intencionalidad”, que son los cimientos para la psicoterapia (Sepúlveda, M. 2011) y, desde ese punto, orientar el proceso terapéutico hacia nuevas formas de significar la realidad. Asimismo, la terapia apunta a la reconstrucción de la identidad fragmentada, promoviendo la integración del sí mismo y tratando de acercar al sujeto a un funcionamiento lo más autónomo dentro de sus posibilidades

El trabajo psicoterapéutico con el paciente esquizofrénico se dividirá en cuatro momentos asociados al proceso evolutivo, pasando de uno a otro, a modo de “equilibraciones maximizadoras”, pero que también son flexibles y dinámicas pudiéndose, durante el proceso terapéutico, volver a transitar por cualquiera de ellas. Estos momentos terapéuticos están basados en las etapas del proceso psicoterapéutico planteadas por Sepúlveda, G. (2007; 2012) y son: exploratorio, experimental, integración y autonomía.

5.1.- Periodo exploratorio:

El periodo exploratorio de la terapia implica una aproximación al mundo del paciente, crear en conjunto explicaciones sobre lo que le pasa y metas sobre lo que le gustaría conseguir, así como realizar una evaluación con respecto a su desarrollo y estructuras psicológicas para determinar el nivel en que comenzará el proceso y las técnicas que resulten de mayor utilidad en el trabajo.

Sólo podemos pretender aproximarnos al mundo del paciente ya que nunca podremos acceder de manera directa a él, porque en este proceso interfieren también nuestros propios procesos de acomodación y asimilación. Tal como señala Piaget (en Bringuer 1977) el objeto que uno cree alcanzar es siempre el objeto representado e interpretado por la inteligencia del sujeto, “*el objeto existe pero uno descubre sus propiedades por aproximaciones sucesivas*” (pp. 114).

De acuerdo a la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista, la psicoterapia con el paciente esquizofrénico (al igual que frente a otras patologías), se debe adecuar a cada caso en particular primando la persona sobre el síntoma. Para ello, es útil realizar una evaluación de las diversas estructuras psíquicas (cognitivas, afectivas, sociales y morales), teniendo presente que éstas se organizan como un todo en la estructura de personalidad (Sepúlveda, G. 2012). Así, se podrán observar las áreas de principal dificultad como también los recursos personales con que cuenta el sujeto para ser utilizados en la terapia. Para ello, debemos revisar su estado actual, historia de vida y personalidad premórbida en conjunto con el paciente en un proceso de co-construcción. Además del paciente, resulta útil recopilar información desde los miembros de su contexto tanto familiar como social (padres, profesores, etc.).

La evaluación del funcionamiento del paciente también permitirá al clínico plantear un pronóstico. Ya que a más temprana la edad de inicio del cuadro el sujeto se encontrará fijado en etapas muy iniciales del desarrollo lo que implicará mayor desajuste al medio y rigidización de las estructuras.

En palabras de Sepúlveda, G. (1997) “*la evaluación clínica a través de la observación y comprensión de las diferentes estructuras psíquicas en los aspectos cognitivos, afectivos, sociales y morales, es esencial para poder determinar a qué nivel hay que iniciar el proceso terapéutico, de acuerdo al nivel de desarrollo evolutivo de cada persona*” (pp. 2).

En el área cognitiva se evaluarán en base a los polos “centración-descentración” y “rigidez-flexibilidad” de las estructuras, así como la presencia de reversibilidad en los procesos de pensamiento. Como en el siguiente caso: “*Voy pintando lo que la tele me va pidiendo, que va saliendo de esta cabezota que usted puede pensar que es de un deficiente mental, pero*

que van saliendo cosas rápida y a veces lentamente" (Gabriel, 17 años). En este ejemplo, el paciente se encuentra centrado en sí mismo con un tipo de pensamiento que funciona con preconceptos, apareciendo el animismo en su percepción delirante sobre la televisión. La rigidez cognitiva conduce a una asimilación deformadora de lo real al yo (la televisión se lo pide) lo que sumado al fracaso en la toma de perspectiva (sin considerar otros puntos de vista) hace que mantenga esa idea firmemente.

En el área afectiva, se evaluará en torno al grado en que hay un reconocimiento del otro, en el sentido de reconocer y compartir las emociones y sentimientos de los otros. Asimismo se observa el grado en que el sujeto es capaz de reconocer y diferenciar los esquemas afectivos, cuyo rol central es movilizar y regular los esquemas cognitivos (Sepúlveda, G. 2012). "*Escuche la risa del conductor del metro, pensé que se reía de mi, y me bajoné*" (Héctor, 18 años). Aquí, las estructuras afectivas más que movilizador de la acción están dirigidas por las ideas delirantes del sujeto. O en este otro caso, en que se aprecia la pérdida de la motivación, del interés: "*siento el cuerpo vacío, como inservible, no tengo ganas de nada*" (Pablo, 15 años). Sin embargo, el mismo paciente en otro momento muestra algo de reconocimiento afectivo: "*tengo miedo de volver al colegio nuevamente, no quiero volver a sufrir*" (fue víctima de bullying).

Con respecto al área social, es central el desarrollo de toma de perspectiva, que permite la coordinación de distintos puntos de vista, así como la incorporación de normas y valores morales en la toma de decisiones.

Y, en el desarrollo moral, la evaluación considera los polos "heterónomo-autónomo"; es decir, el cumplimiento de las normas por obligación o en base a la cooperación y respeto mutuo. Como el siguiente ejemplo que grafica una moral heterónoma: "*me sentía solo, un inútil, estaba con depresión, no lograba la integración, no conseguía amigos, polola, nada, me daba vergüenza...ahora me da miedo morirme por el infierno (¿?) una razón cristiana simple: si te matas, te vas al infierno*" (Franco, 16 años).

Para Ronen (2003, en Sepúlveda, G. 2012) la evaluación difiere del diagnóstico en cuanto es un proceso dinámico de observación en base a la información entregada en la terapia y una búsqueda del cambio en el funcionamiento del niño. Mientras que el diagnóstico constituye una comparación del comportamiento del niño en relación a criterios clínicos que se relacionan con diferentes normas, a través de pruebas psicológicas. En los casos expuestos anteriormente, todos ya estaban diagnosticados de esquizofrenia por un grupo de expertos, sin embargo, para el proceso terapéutico, es necesaria la evaluación de su funcionamiento personal para direccionar el proceso terapéutico.

En el proceso de evaluación la expresión del paciente es libre. Si bien podemos apoyarnos en numerosa diversidad de escalas y test proyectivos, estos son sólo un complemento a la observación clínica. En palabras de Piaget: “*los test sólo se refieren a los hechos, a los resultados; lo importante es investigar cómo razona el niño (...) entonces, la conversación es libre*” (pp. 53, en Bringier, 1977).

Si el paciente se encuentra en un episodio agudo con presencia, por ejemplo, de delirios y alucinaciones no se podrá trabajar en las estructuras aún, dado que el sujeto se encuentra inmerso de manera autista en su irreabilidad delirante con un egocentrismo que no considera al otro y, por lo tanto, impermeable a la intervención terapéutica (Sepúlveda, M. 2011). De lo contrario, tratados los síntomas positivos, se podrá hacer la evaluación del funcionamiento defectual. Y, desde ahí, ayudarlo a construir un sentido de su vida. Con respecto a esto, la pregunta que guiará tanto la evaluación como el proceso terapéutico propiamente tal es: ¿quién es la persona? o ¿qué queda de la persona después de la enfermedad, el defecto? (Sepúlveda, M. 2011).

En la evaluación el juego es una herramienta de utilidad. El juego, como proceso donde prima la asimilación el paciente mostrará su mundo desde la actividad placentera de la repetición (Piaget, 1961), de una manera no amenazante, desde el “como si”. A través de este, el terapeuta adaptado al estadio del niño, podrá ir detectando los movilizadores de la acción del sujeto, que en muchos casos en el paciente esquizofrénico, son las ideas delirantes que en el juego quedan claramente representadas.

Una intervención que aumentar la confianza del paciente y favorecer su expresión, es cuando el terapeuta enfatiza algo como “*esta sala de terapia es un lugar especial para ti. Aquí puedes decir cosas, expresar emociones y pensamientos, y realizar cosas que nunca te plantearías, y mucho menos harías en el mundo externo*” (Neimeyer, 1996 pp.121). Este tipo de permiso proporciona al niño y adolescente también la imagen de un mundo hipotético “como sí” en el que puede mostrarse, así como crear y poner a prueba nuevos significados y conductas.

A través de las narrativas el paciente manifestará la forma en que construye la realidad y la significa, así como ha ido construyendo su identidad o en el caso del esquizofrénico, ésta se ha fragmentado. Dentro de las técnicas narrativas se encuentra la revisión de historia de vida, identificación de metáforas centrales y formas concretas de graduar los distintos estados emocionales del paciente, entre otras (Ronen, 2003). Si bien, el discurso del paciente esquizofrénico es disgregado, hay temas que se repiten los que se irán identificando como centrales para, a través de ellos, ir poco a poco construyendo narrativas más coherentes (Seikula et al., 2006)

Cuando es necesario acompañar a un paciente en período agudo, se debe evaluar si existe algo de receptividad ante la influencia externa en ese individuo, para ayudarlo a realizar sus actividades básicas ya que el delirio puede interferir en ellas. Esto, también requiere de la aproximación del terapeuta al mundo del paciente y al simbolismo del delirio. Frente a esta situación, nos encontramos con el dilema “¿estoy validando el delirio?”. No, estamos tratando de comprender la realidad y visión de mundo del paciente, de una manera aliviadora para él al percibir que alguien comprende lo que le pasa y, no como la mayoría de sus cercanos, trata de rebatir.

Lo anterior se grafica en este caso: una niña con esquizofrenia de 12 años cuyo delirio consistía en creer que era un gato. Al pedirle que me explique esto, no lo puede verbalizar, pero comienza a caminar en cuatro patas y a saltar de un sillón a otro: “*ves, eso es lo que te digo, soy un gato, ese es mi secreto, no se lo digas a mi mama porque ella no entiende y me reta cuando le hablo de esto...también tengo las uñas largas por si alguien me ataca, ggggrrrr!!! lo araña*”. Conversamos largamente al respecto, ella lo pudo llevar al plano de su vida cotidiana, mencionando el rechazo observado por parte de sus compañeras de colegio tras haberlo contado. Sin embargo, su explicación con una visión deformadora de lo real con predominio de la asimilación, era la siguiente: “*ellas están celosas porque soy especial, también me tiene miedo porque yo tengo poderes especiales y puedo controlar el viento*”. Esta niña además tenía una relación conflictiva con su madre, la que empeoró cuando ella se negaba a comer y la madre insistía de manera cada vez más intransigente, producto de su frustración, que tenía que comer. Al revisar en terapia por qué no comía, señala: “*mi mamá no me entiende, yo no puedo comer lo que me da porque soy un gato, si me lo como me duele la guata y me puedo morir*”. Revisamos en conjunto lo que comen los gatos de manera que ella pudiera alimentarse sin temor. Corriendo baja a la sala de espera a buscar a su madre: “*dile, dile, lo que descubrimos, lo que puedo comer!!*”. Y, por supuesto, comenzó a comer después de dos días sin recibir haber recibido alimento alguno. La paciente presentó disminución de la angustia al percibir comprensión. Además, no se encontraba en un momento en que pudiera cuestionar su delirio. En esta situación, lo más importante era que se alimentara y, para eso, teníamos que hacerlo desde su realidad actual: ser un gato.

Trabajar en los delirios y alucinaciones con niños y adolescentes es distinto. En el caso de los niños, los delirios no siempre están presente más que nada son alucinaciones y, cuando se dan, son más simples como el caso mencionado anteriormente: la niña se creía un gato y actuaba como un gato. Por su parte, los adolescentes presenta delirios más elaborados ya que la complejidad del delirio depende de del nivel cognitivo, es decir, como categoriza el pensamiento (Sepúlveda, M. 2011). Por ejemplo, presentan ideas paranoïdes de persecución como “*estas con la mano así, estas pensando, estas pensando algo malo de mi*”. Sin embargo, en ambos casos el síntoma implica un tipo de pensamiento tautológico (por que sí o porque no) y transductivo (relación de datos particulares en forma no lógica) (Sepúlveda, M. 2011). Independiente del grado de elaboración, es importante explorar el simbolismo del delirio (temor, protección, omnipotencia, etc.) que comanda la conducta. Lo mismo con la alucinación, comprender su función, su significación (Pelegrina, 2011).

En este punto el terapeuta se puede encontrar con el riesgo de quedar atrapado en el mundo delirante del paciente, lo que no contribuye al avance hacia su bienestar, hacia ayudar al niño o adolescente a ayudarse a sí mismo. Aquí, conviene recordar lo que Kelly (1955, en Neimeyer 1996) llamó “enfoque crédulo”, en el cual el terapeuta toma en serio la perspectiva del paciente y la respeta, aunque puede elegir no estar limitado por ello. Es decir, la aceptación en este contexto se entiende como un deseo de usar el sistema de conocimiento personal del individuo, para ver el problema y el mundo a través de sus ojos, aunque sin estar necesariamente encapsulado por ello (Neimeyer, 1996). En palabras de Kelly (1969 en Neimeyer 1996) el terapeuta “*como su ayudante de investigación intenta primero entender, luego examinar y, finalmente, ayudar al cliente a poner a prueba las alternativas y a hacer una revisión experimental*” (pp. 121).

De esta manera, siempre se debe tener presente que el sujeto esquizofrénico está, forma parte (aunque por el momento alienado), de un ambiente. Esto, constituye otro aspecto central de la terapia cognitivo-constructivista. En palabras de Ronen: “*el tratamiento cognitivo-constructivista enfatiza el nexo entre la persona y el ambiente social, observando cómo el ambiente influencia fuertemente en la conducta, emociones y pensamientos y viceversa*” (pp. 28., 2003). Poco a poco se debe ir ayudando al paciente a visualizar que él puede generar reacciones en el ambiente y el ambiente contribuye también en sus reacciones, apuntando hacia la descentración del sí mismo.

De acuerdo a lo anterior y considerando al paciente como un miembro activo durante todo el proceso terapéutico, es que incluso en este período agudo, se establecen metas en conjunto, de acuerdo a sus intereses. Es un proceso creativo y no correctivo (Ronen, 2003).

Es característico en los pacientes esquizofrénicos la falta de conciencia de enfermedad, por lo cual el objetivo es explorar sobre qué le gustaría mejorar y/o cambiar. Por ejemplo como planteaba un paciente durante un periodo de internación: “*no estoy enfermo, lo único que me interesa es que se vayan estas voces que me dicen tonto y la gente de la calle también*” (P.S. 8 años). Otra paciente, a quien durante la hospitalización psiquiátrica se le tuvo que administrar una sonda ya que se negaba a recibir alimentos por la idea delirante que a través de la comida el diablo se metía en su cuerpo: “*No sé por qué estoy aquí, si yo estoy bien sólo que no puedo comer por ese maldito diablito (risas)..., los demás pacientes me dan miedo, ellos están mal, yo sólo no quiero comer, pero no puedo, ese diablo!!!...si no estuviera podría ir al colegio que es lo que más quiero*” (Carla, 14 años). En estos casos, las metas terapéuticas iniciales podrían ser dejar de escuchar las voces y volver al colegio respectivamente.

La psicoeducación al paciente y su familia es otro aspecto importante de esta etapa de la terapia, ya que en este período de exploración, de conocimiento mutuo, ayuda a la comprensión de lo que le pasa al paciente, entendiendo los síntomas que presenta el caso en particular. Esto, disminuye la angustia tanto del paciente como de su familia y, favorece el pronóstico, al generar una comprensión que reduce las reacciones emocionales exageradas de sus cercanos frente a su conducta.

Para la familia, responsabilizarse indefinidamente del cuidado de un miembro esquizofrénico, que sin su apoyo se vería probablemente abocado a una situación de aislamiento y precariedad social, resulta complejo. Por ello, se deben realizar intervenciones familiares con ánimo de brindar apoyo y estrategias para sobrellevar esta tarea de manera satisfactoria (Picouto et al., 2007). Asimismo, el sistema funcionamiento familiar en ciertos casos puede resultar perjudicial para el paciente. Piaget (en Rychlak, 1998) hacía mención a esto, señalando con respecto al desarrollo psicopatológico: “*esto sucede si el niño se cría en un hogar en el que se realiza el control mediante la coacción o represión en vez de la cooperación y el respeto mutuo*”.

La psicoeducación debe considerar quién está recibiendo la información con su manera particular de construir realidad. Desde esta perspectiva, la enseñanza no es didáctica sino que bidireccional (Mahoney, 1996). Al mismo tiempo que entrega conocimientos el terapeuta trata de comprender las significaciones que el paciente y familia dan al problema, con el fin de facilitar una adaptación al medio o generar cambios en el modo de relacionarse. “*No es esquizofrenia lo que tiene, sino que un detalle, que es solo falta de motivación*”, “*siento que está en una cápsula y no puede salir al mundo. Está atrapado. Algo pasó, en un momento dejó de comprender lo que leía, siendo un buen alumno...*” (explicación del padre y la madre respectivamente sobre la situación de su hijo esquizofrénico).

El paciente y su familia pueden ser especialmente sensibles al principio del tratamiento por lo cual la psicoeducación contribuirá a la alianza terapéutica lo que es central para el pronóstico (McGorry, 2009). Un alto porcentaje de personas se rehusan a consultar ya sea por falta de información donde las familias justifican el comportamiento del niño o adolescente a diagnósticos comunes como un déficit a atencional o bien fallas en los métodos de socialización; así como, por temor a la estigmatización de un rótulo diagnóstico, rechazo a que se le administren fármacos a un menor, entre otras. Los que trabajamos con población infanto juvenil, sabemos que no tratamos sólo con el niño, sino que el sistema familiar completo es el consultante, que requiere de nuestro apoyo y comprensión. De esta manera, nos enfrentamos con varias y distintas realidades en el contexto terapéutico, a las que tenemos que tratar de aproximarnos de manera no enjuiciadora y tratar de buscar también la coordinación de estos sistemas entre sí.

Siguiendo a Lozano (2007), el paciente psicótico demanda ayuda tanto para aliviar su sufrimiento como para testificar su situación. Por ello, el terapeuta debe ofrecer sus conocimientos para aliviar la angustia y los síntomas de las vivencias psicóticas y utilizarlo discretamente como referencia, siempre sujeto a revisión, discusión o crítica, nunca como un saber absoluto ya que esto lo pondrá frente al paciente en una posición de perseguidor. Asimismo, debe dejarle la palabra al paciente para que pueda dejar constancia a quien le escucha, de su dramática situación (Lozano, 2007). De esta manera, el período exploratorio así como cada una de las etapas de la terapia, requieren de un componente fundamental por parte del terapeuta que es el afectivo, de contención, apoyo y comprensión.

Utilizar los conocimientos del terapeuta como verdad absoluta puede favorecer la deserción del paciente sobre el tratamiento. El paciente esquizofrénico al no sentirse comprendido y tender a asimilar la información deformando los datos externos a los esquemas construidos, verá al terapeuta como un oponente que no lo comprende (y si hay elementos paranoides, que lo persigue) en vez de un colaborador hacia el logro de equilibrios adaptativos. Es así, como el respeto hacia el paciente y su sufrimiento en la actitud del terapeuta es central. La actitud del terapeuta constructivista es más curiosa que disputadora, más de aprobar que de desaprobar, y más exploradora que demostradora (Neimeyer, 1996).

De acuerdo a Neimeyer y Raskin (2001, en Seikkula et al., 2001), un aspecto central de la psicoterapia constructivista es construir un discurso no psicopatologizante sobre el problema del paciente respetando sus propias definiciones y narrativas sobre el mismo, donde en el proceso terapéutico terapeuta y paciente son co-constructores del problema. En este contexto el lenguaje cobra relevancia donde el proceso de construcción de significado tiene lugar enfatizando en las narrativas personales en vez de verdades generales (Seikkula et al. 2001). Para Neimeyer (1996) “*los problemas que se plantea el cliente representan ventanas en su sistema de construcciones*” (pp.118).

5.2.- Período experimental:

Este periodo consiste, al igual que en proceso de desarrollo, ir promoviendo en el paciente una evolución hacia estructuras más complejas a través de la experiencia que le permitan aprendizajes hacia la adaptación. De esta manera, se van generando ciertos desequilibrios en el paciente que movilicen la necesidad de encontrar nuevas explicaciones. Así, al igual que dos científicos terapeuta y paciente van experimentando sobre maneras más adaptativas de construir la realidad, en el contexto protegido de la psicoterapia. Esta etapa implica un trabajo de mayor acomodación por parte del paciente, revisando los significados de sí mismo y del mundo, en contacto con la realidad tanto física como social.

Siguiendo a Sepúlveda, G. (2011) apunta al desarrollo de estructuras cognitivas, afectivas, sociomorales en un proceso evolutivo, así como a la flexibilización de las estructuras cognitivas y afectivas, logrando un equilibrio adaptativo.

En la terapia se comienza a experientiar en la realidad misma confrontando las hipótesis que se han realizado en relación a la forma de organizar y procesar la información y la interacción con el ambiente (Sepúlveda, G.2004). Se trata que la intervención clínica constituya un facilitador para la reorganización de las estructuras del conocimiento (Sepúlveda, 2005)

En palabras de Sepúlveda, G. (2012) “*las teorías cognitivas del desarrollo enfatizan la transformación permanente de las estructuras psíquicas, dándose una progresión evolutiva, una nueva forma de conciencia, una ampliación del vivenciar, en un proceso dialéctico, en el cual las significaciones evolucionan con la persona en la situación terapéutica, siendo el clínico constructivista evolutivo un participante activo en el proceso de crecimiento de la persona*” (pp.10).

El nivel evolutivo en que se trabaje en la terapia dependerá del paciente y lo observado en el periodo exploratorio. El paciente puede funcionar a distintos niveles de desarrollo frente a distintas situaciones (Sepúlveda, G., 2005). La tarea del terapeuta será reconocer y moverse por estos distintos estadios, acompañando al paciente a encontrar un modo de funcionamiento más adaptativo, en un proceso de co-construcción de una nueva realidad. Esto, considerando al paciente como sujeto activo que en palabras de Ronen “*al igual que un científico organiza sus experiencias de manera de crear significado a sus vidas*” (Ronen, 2003, pp.23).

Dado que el paciente esquizofrénico se puede encontrar en un nivel preoperatorio en que predomina el pensamiento simbólico y muchas veces ilógico, puede resultar favorecedor comenzar con técnicas no verbales como el dibujo y el juego.

Las metas de la terapia siempre están sujetas a revisión y se van ordenando de menos a más, de manera de evitar exigir al paciente realizar algo para lo que no está preparado o no cuenta con la estructura de pensamiento para adaptarse. Esto, no solo produce frustración en el paciente esquizofrénico, sino que también aumenta su confusión lo que puede conducir a mayor rigidización de las estructuras y fijación en una etapa al no conseguir el equilibrio.

Además de las metas que constituyen “el problema”, se considera al paciente como una persona en su totalidad por lo cual también se abordaran su repertorio de sentimientos, pensamientos y forma de vida (Ronen, 2003). De esta manera, el terapeuta tiene que respetar al paciente y llegar a tomar una decisión sobre el tratamiento en colaboración con el enfermo, en lugar de imponerle el programa terapéutico (Crespo, 2007).

En la terapia evolutivo cognitivo constructivista las narrativas ocupan un lugar central durante todo el tratamiento. Para Bruner (1990 en Mahoney, 1996) “*los procesos narrativos están omnipresentes en el conocimiento humano*” (pp.66). Constituyen historias y significados interpretados a nivel personal que implican procesos generativos activos y procesos reflexivos a los que Bruner llamó “actos de significado”, que son resultado de los intentos por entender, experimentar y expresar algo (Mahoney, 1996).

En la actualidad, la terapia constructivista está centrando su interés en el trabajo con narrativas en el paciente esquizofrénico (Seikkula et al. 2001; Damaggio & Semerari, 2001; Lysaker & Lysaker, 2004; Lysaker & Lysaker, 2006) a través de lo cual logre cierto sentido de identidad y valía personal al reconstruir una narrativa personal que permita la articulación de un plan de vida (Lysaker & Lysaker, 2006). Esto, dada la observación de la profunda dificultad del paciente esquizofrénico para experienciar y representar su vida en una historia (Laing, 1978; Lysaker & Lysaker, 2001; 2004; Pernas & Handest, 2003; Sass, 1994; Searles, 1965; en Lysaker & Lysaker, 2006).

Neimeyer, se refiere a las fallas estructurales que presentan en las historias los pacientes como “*disrupciones narrativas*” (Neimeyer, 2000 en Damaggio, 2006). Y, Damaggio y Semerari (2006) las dividen en “*empobrecidas*” o “*desorganizadas*”, reconociendo Lysaker (2002) en el segundo tipo al paciente esquizofrénico, las que serían caóticas. Dicha dificultad, va más allá de la comunicación confusa de hechos concretos ya que generan en el paciente desesperación y angustia (Lysaker & Lysaker, 2006). Desde esta perspectiva del diálogo, se pretende ayudar al paciente a la integración organizando los distintos sus roles (hasta el momento desorganizados) enfatizando en los sentimientos y creencias que se repiten en su relato por incoherente que parezca, generando conexiones (Lysaker & Lysaker, 2006).

Sin embargo, los niños demoran en aprender a contar historias (Damaggio, 2006). Una narrativa coherente que implique una coherencia causal, temporal y la influencia cultural en la autobiografía, se adquiere en la adolescencia (Habermas & Bluck, 2000, en Damaggio, 2006). No obstante las narrativas, es decir, el proceso a través del cual el sujeto narra su realidad, no es solamente verbal sino que puede generarse a través de diferentes vías como la imagen (ej. dibujo) y la acción (ej. juego) (Sepúlveda, G. 2011. Comunicación personal).

De acuerdo al nivel de maduración y grado de desorganización del paciente, es probable que no siempre podamos utilizar las narrativas verbales como técnica, debiendo adaptarnos a las necesidades y recursos del paciente. Es así, como el terapeuta debe evaluar el nivel y, probablemente, en muchos casos el principal recurso será la interacción con el ambiente a nivel sensorio-motor. Por ejemplo, volviendo al caso de la paciente que creía ser un gato: “*no, que fome. Me carga cuando me haces preguntas o quieres que dibuje, eso es tonto. Además que me haces preguntas que no entiendo y no sé cómo responder, no me gusta. ¿Quieres que juguemos mejor?*” (Florencia, 12 años).

Las técnicas se escogerán de acuerdo a la evaluación, preferencias del paciente y creatividad del terapeuta, sabiendo que más importante que la herramienta es la manera cómo el individuo va construyendo nuevos esquemas que le permitan un mayor equilibrio. En palabras de Neimeyer (1996) “*más que dedicarse exclusivamente a la técnica, se enfatiza el papel crítico de la relación terapéutica al permitir e iniciar el cambio humano (...) en este sentido las técnicas se pueden ver como rituales de co-construcción de significado (vehículos para puntuar, iniciar o reorganizar la experiencia). El cambio humano proviene menos de la aplicación de una técnica dada en sí que del significado que surge tras su uso en el proceso terapéutico. Por lo tanto, en un sentido directo, una técnica no “hace” nada por la persona; al contrario, la persona hace algo con la técnica*” (pp. 120).

Las técnicas deben permitir la participación activa del paciente en el proceso de creación de significados. Según Neimeyer (1996) el significado se crea a través de la acción, de la participación y de las manipulaciones concretas y representacionales del mundo que ofrecen experiencias nuevas que desafían los actuales sistemas de conocimiento y requieren de un esfuerzo activo por crear significados lógicos dentro de una estructura de significado coherente.

El terapeuta va generando desequilibrios en el paciente lo que se pueden inducir a través de la contradicción, por ejemplo, confrontando dos esquemas opuestos y con la desconfirmación cuando una predicción hecha desde un esquema o estructura no se materializa en el ambiente (Rosen, 1985). A semejanza del niño que se encuentra en estadio preoperacional, el paciente esquizofrénico puede no percibir las contradicciones, esto requerirá de tiempo considerando también la terapia como un proceso de desarrollo donde el sujeto hará los cambios cuando esté preparado. Es así como el terapeuta desarrolla una forma de empirismo colaborador, estableciendo una relación de trabajo que transmite el deseo de unirse al paciente en un proceso experimental que pretende poner a prueba o trascender las limitaciones de la visión que éste tiene del mundo (Neimeyer, 1996)

Para el cambio, también se promueve la toma de conciencia lo que implica la comprensión del fin de la acción, el logro. La interpretación y la explicación de la acción (Piaget en Bringuer, 1977). El paciente se visualiza como un sujeto que se encuentra fijado en un estado de desequilibrio lo que impide la asimilación de los problemas y el logro de resoluciones exitosas. Ejemplo: “*Yo no me portaba mal, sólo es que me hacían bullying y yo me defendía. Un día le disparé un escupo a un compañero y por mi mala suerte le cayó a una profesora*” (Franco, 16 años).

En palabras de Rosen, “*el sujeto ha perdido su antiguo balance que le daba sentido y coherencia a su sí mismo y a su relación con el mundo, pero no ha construido todavía un nuevo balance que le permita mayor coherencia y significado en la relación entre sí mismo y el mundo*” (1985, pp. 217). De esta manera, la terapia se dirige a la modificación estructural o la construcción de nuevas estructuras que permitan organizaciones cognitivas más adaptativas al ser más flexibles y con un nivel de equilibración mayor (Rosen, 1985). El paciente toma conciencia sobre sus propias conductas y estrategias de razonamiento, así como es testigo de la emergencia de nuevas estructuras (Rosen, 1985).

Para Mahoney (1991, en Neimeyer 1996) es importante que la persona que se encuentra en proceso de cambio mantenga una conducta exploratoria activa dado que no puede haber un aprendizaje real sin novedad, es decir, sin un cuestionamiento o elaboración de lo que se ha vuelto familiar. “*Me da vergüenza no poder conversar con la gente y el miedo a que me rechacen*” (Franco, 16 años).

Asimismo, en el proceso de terapéutico evolutivo de construcción de nuevas estructuras en el paciente esquizofrénico, se apunta hacia el logro de las funciones de reversibilidad, clasificación y seriación las que se pueden encontrar alteradas en un mundo caótico. Esto le permitirá ir organizando sus pensamientos y sentimientos, así como también, ir sembrando la duda sobre sus certezas poco adaptativas e ir disminuyendo la forma de pensar en absolutos. Por ejemplo, con la reversibilidad disminuyen los absolutos comprendiendo que puede estar enojado con alguien pero que esto será transitorio con la posibilidad de poder quererlo posteriormente. La clasificación permite ordenar no todo el mundo es malo, sino que es un sector pudiendo obtener gratificación de otros sectores. Y la seriación le permitirá al paciente poder ir graduando sus emociones e ideas (cuanta rabia, cuanto amor, frecuencia de una alucinación, etc.)

Desarrollar toma de perspectiva es otro objetivo del tratamiento hacia la descentración. Esta es la habilidad de reconocer el punto de vista de otros, especialmente cuando difiere del propio (Rosen, 1985). En la medida que esto es posible, también se puede considerar que el otro reconoce nuestro propio punto de vista. Así, gradualmente se van coordinando diversos puntos de vista. Esto, facilita el análisis de problemas interpersonales y el desarrollo moral fomentando la cooperación. Selman (1980) estudió este proceso en los niños aludiendo al proceso de autobservación en el cual definió cuatro etapas que van desde la indiferenciación entre las propias experiencias internas y el mundo externo; pasando por el

reconocimiento de la perspectiva de otros pero en la medida que representa lo personal; reconocerse como un agente capaz de controlar sus propias experiencias, las de los otros y ver que su mente es sujeto y objeto.

5.3.- Periodo de integración:

En esta etapa una vez lograda una mayor evolución hacia la descentración de un pensamiento egocéntrico y prelógico, así como cierta flexibilidad en las estructuras cognitivas que permita una mejor equilibración, el tratamiento se dirigirá hacia el tercer aspecto del desarrollo psicopatológico que es la imagen de sí y la integración con otros. Se apunta hacia la reconstrucción de la identidad fragmentada, la integración social del individuo, así como a la diferenciación como un ser único.

Sepúlveda, G. (2011) al referirse al proceso terapéutico, señala: “*la psicoterapia evolutiva consistiría en un ambiente de contención cuyo objetivo central es específicamente el logro de la diferenciación e integración de la organización de identidad en los diferentes momentos evolutivos, avanzando hacia la toma de conciencia de sí y del otro, hacia los procesos de descentración y la equilibración del sistema psíquico en sus diferentes funciones*” (Conferencia SOPNIA).

La integración del sí mismo como una tarea de acomodación a las experiencias que se han dado en la historia vital, implica la integración de pasado, presente y futuro, así como la integración familiar, educacional y social que le da un sentido de continuidad al sí mismo (Sepúlveda 2004). Esta etapa implica mayor reflexión y abstracción, así como de organización de los distintos aspectos del sí mismo.

En esta etapa, en cuanto a las narrativas del paciente esquizofrénico, se pretende el paso de un lenguaje comunicativo a uno notificativo (Sepúlveda, M. 2011). En otras palabras, avanzar desde un lenguaje que solo informa, sin reflexión “*ya no escucho voces*”, a otro en el que el sujeto puede comunicar una vivencia reflexiva con respecto a sí mismo en el que se integra la afectividad “*me gustaría estudiar algo, ya sé que no puedo volver a lo mismo de antes, pero quiero hacer algo, he estado mucho tiempo sin hacer nada y ahora eso me aburre, en momentos me desespera ya que me siento inútil*” (Juan Pablo, 19 años). Este cambio en el lenguaje refleja los avances en el proceso terapéutico evidenciando el paciente conciencia de sí, una continuidad de si el tiempo, reflexibilidad, integración de los otros, así como la aparición de intencionalidad.

Ayudar al paciente a poder desempeñarse en distintos roles, vinculándose con distintas personas y actividades que le permitan descubrir intereses nuevos y separarse de otros (Sepúlveda, G. 2004). Es el paso de ser el delirio el que comanda la conducta a que el sujeto pueda determinar sus actos y sea consciente de ello. Se pretende el logro de una valoración de si mismo realista que le permita la elaboración de proyectos realistas. Se apunta hacia la construcción de la identidad personal y reinserción social, con el reconocimiento de valores como la cooperación y respeto mutuo en las interacciones.

Al lograr una imagen si más realista y un equilibrio adaptativo en sus estructuras, el paciente se encontrará en condiciones de reintegrarse a diversas actividades cotidianas. Si bien hay que considerar que posiblemente mantendrá desarmonías en su funcionamiento, se deben ir encontrando espacios en los que el paciente pueda funcionar socialmente de manera satisfactoria, llevando a la realidad cotidiana la evolución conseguida en la terapia.

Cuando el paciente ha logrado una integración del sí mismo, con una conciencia reflexiva, podrá integrar a los otros. En este período se enfatiza en las relaciones interpersonales y desarrollo moral promoviendo el paso de la heteronomía a autonomía, siendo capaz de someter al sí mismo a una disciplina libremente escogida.

5.4.- Período de autonomía.

Una vez conseguidos los objetivos terapéuticos se debe trabajar la separación en la relación terapeuta – paciente. La mejoría del paciente esquizofrénico en términos evolutivos constructivista implica el logro del descentramiento, flexibilización de las estructuras cognitiva de manera y logro de una equilibración que permita la adaptación a una realidad social y física compartida por la cultura. Asimismo, lograr reconstruir su identidad y generar proyectos a futuro. En términos funcionales, se espera la reinserción social y el logro de un funcionamiento lo más independiente posible.

Cuando el paciente muestra estos logros, entonces se encuentra en condiciones de seguir su proceso vital de manera independiente ya que en palabras de Mahoney (1991, en Neimeyer 1996) “*la base segura que proporciona una psicoterapia óptima es una base y no un hogar permanente*” (pp.130). Facilitar la transición de esta base hacia la independencia representa una oportunidad poderosa de subrayar la naturaleza del cambio del paciente y su proceso concomitante. Sin embargo, Mahoney continua: “*al haber ayudado a desarrollar una base segura para las exploraciones evolutivas del paciente, el psicoterapeuta no insiste en que dicha base no se pueda volver a visitar*”. Esto genera una sensación de seguridad en el paciente al saber que puede solicitar ayuda nuevamente si es necesario.

Con respecto al término de la relación terapéutica Neimeyer (1996) sugiere hacer un rito simbólico que tenga significado personal para el paciente. Por ejemplo, una carta, un dibujo, alguna representación sobre las distintas fases experimentadas en la terapia, un símbolo sobre la relación, etc. Cualquiera de estos puede servir para facilitar la partida de una manera que subraye y autorice la independencia posterior del paciente.

A modo de resumen, la terapia cognitivo-evolutivo-constructivista con niños y adolescentes que presentan esquizofrenia, comienza con un evaluación de los procesos cognitivos del paciente, para luego en un proceso de desarrollo, ir evolucionando hacia estructuras cognitivas más complejas y flexibles que le permitan al sujeto una equilibración adaptativa construyendo un sentido de sí mismo y una realidad compartida por el resto. En otras palabras, es el paso desde las deformaciones simbólicas al servicio de la asimilación y acomodación del mundo al yo, a la reconstrucción de una relación dialéctica con el ambiente que permita la adaptación a una realidad física y social. En este proceso, la aparición de un sentido, de intencionalidad, así como la reconstrucción de la identidad fragmentada, son las metas centrales.

6.- Conclusiones y discusión:

Luego del desarrollo de la presente investigación, se puede concluir que ésta se enmarca dentro de las líneas de investigación actuales sobre la esquizofrenia, las que apuntan a un modelo preventivo sobre el curso y pronóstico de la enfermedad en base a su detección temprana (Hollis, 2001; McGorry, 2009).

La visión de la psicopatología evolutiva constructivista concuerda con la observación de alteraciones en el desarrollo del individuo que se pueden identificar antes de la manifestación de los síntomas que caracterizan el quiebre esquizofrénico. Esto, tiene relación con un funcionamiento premórbido con desajustes en la relación entre el sujeto y los objetos, en la coordinación de subsistemas o en la diferenciación e integración (Piaget, 1978). Como resultado, en el desarrollo se pueden percibir alteraciones en las áreas cognitiva, afectiva, social y moral (Sepulveda, 2012).

El reconocimiento de dificultades en el desarrollo del sujeto, permite identificar un funcionamiento premórbido que se considera actualmente como una etapa inicial de la enfermedad, dentro del cual se encuentra disminución en el rendimiento académico, inestabilidad o aplanamiento afectivo y dificultad en la integración social con tendencia al aislamiento, entre otras (Hollis, 2001; Volkmark, 2001; Chinchilla 2007; McGorry 2009). La intervención desde este momento inicial, favorece el pronóstico del paciente al disminuir el deterioro progresivo al que conduce los brotes y la falta de tratamiento oportuno. Asimismo, a nivel preventivo, permite trabajar con población en alto riesgo de desarrollar una esquizofrenia (McGorry, 2009).

El aporte que da al clínico el enfoque evolutivo cognitivo constructivista para reconocer los desajustes en el proceso de desarrollo, así como el conocimiento sobre el desarrollo psicológico normal, responde a la necesidad de contar con un tipo de evaluación que además de considerar los síntomas psicóticos, se dirija hacia una aproximación sobre el desarrollo y procesos cognitivos que predisponen a la psicosis, disminuyendo el tiempo en que el paciente se mantiene sin tratamiento.

La disminución del tiempo transcurrido para recibir tratamiento pudiendo comenzar antes de la manifestación de la esquizofrenia propiamente dicha, es una de las preocupaciones centrales actuales en la intervención de la esquizofrenia. Esto, dado que al disminuir el nivel de deterioro del paciente aumentan las posibilidades que éste logre una óptima readaptación social, así como contribuye a una mayor adherencia al tratamiento (McGorry, 2009; Duran, 2011).

La adherencia al tratamiento es otro factor a considerar ya que se han observado altas tasas de deserción de pacientes esquizofrénicos en las terapias (McGorry, 2009). Esto se ha relacionado con la demora en la realización del diagnóstico, lo que conduce a tratamientos inadecuados que no logran cambios satisfactorios aumentando el estrés, desgaste y desesperanza tanto en el paciente como su familia, al ver cada vez menos posibilidad de solución a sus conflictos (McGorry, 2009).

Con respecto a la intervención temprana, también es de relevancia la psicoeducación a los distintos profesionales de la salud mental, con respecto a la esquizofrenia como una enfermedad que puede empezar a manifestarse desde una edad temprana y con alteraciones particulares. Ya que las familias en ocasiones evitan consultar al médico psiquiatra por miedo a la estigmatización de un diagnóstico o por temor ante una eventual hospitalización, (French & Morrison, 2004). Asimismo, las alteraciones en el funcionamiento pueden confundirse con otras patologías más comúnmente diagnosticadas y que generan menos impacto en la familia como déficit atencional, depresión, entre otras. Así, la prevención también debe actuar a nivel de los profesionales quienes al contar con los conocimientos podrán realizar las derivaciones correspondientes y de manera oportuna.

Con respecto a la compresión de la esquizofrenia se puede considerar que el enfoque evolutivo cognitivo constructivista, aporta una visión holística que percibe a la persona como una totalidad, lo que va más allá de la mera detección de síntomas. De acuerdo a esto, es que resulta de utilidad la diferenciación entre diagnóstico y evaluación psicológica (Ronen, 2003), ya que esta ultima permite la comprensión del individuo que presenta el cuadro clínico desde su individualidad con una visión del desarrollo que permite ajustar el posterior tratamiento a cada caso en particular. Esto, dado a que tal como existen distintos tipos de esquizofrenia (Kaepelin, 1996; Bleuler, 1993; Crow & Andreasen en Correas Lauffer, 2007), los sujetos que la presentan también difieren entre ellos con su manera particular de construir la realidad.

Sin embargo, con respecto a la comprensión de la esquizofrenia desde esta perspectiva, es importante señalar que durante la investigación se encontró una limitación. Esto, tiene relación con que no se logra explicar el quiebre esquizofrénico, el momento en que el individuo adquiere un nuevo sentido y fracasa en la configuración de la realidad, apareciendo la percepción delirante como uno de sus síntomas centrales (Sepúlveda, M. 2011).

En cuanto a esto, conviene recordar la diferenciación que realiza Jaspers (en Chinchilla, 2007) entre desarrollo y proceso al referirse a la esquizofrenia. El desarrollo tiene que ver con una continuidad en la biografía del sujeto, en que se mantiene la unidad y los contenidos que surgen en la patología tiene que ver con la personalidad previa, por lo cual son comprensibles. En cambio, el proceso, implica el surgimiento de algo nuevo con ausencia de un factor causal que lo fundamente, rompiéndose la unidad de la persona y apareciendo contenidos psíquicos nuevos inexplicables e incomprensibles (Ivanovic-Zuvic,

2000). Jaspers, consideró la esquizofrenia como un proceso (en Ivanovic-Zuvic, 2000; Chinchilla, 2007, Sepúlveda, M. 2011; Durán, 2011).

Desde la perspectiva evolutivo cognitivo constructivista, en el proceso de la esquizofrenia el sujeto ha ido construyendo una realidad, un sí mismo. Sin embargo, en su desarrollo se observan alteraciones en la construcción de las estructuras psíquicas y, en algún momento del ciclo vital, se produce un fracaso en la adaptación donde los contenidos del ambiente se tornan imposibles de asimilar y acomodar, lo que resulta intolerable generándose una pérdida en la configuración de la realidad (Sepúlveda, M. 2011). En esta pérdida de la configuración hay una fragmentación del sí mismo, de la identidad, al mismo tiempo que las cosas adquieren una nueva significación en el contexto de un mundo irreal que para el sujeto es real. Sin embargo, por qué se produce este fracaso, esta alienación de una realidad objetiva y compartida, la perdida de la distinción entre fantasía y realidad, continúa sin explicación.

La imposibilidad de comprender el quiebre dentro de una perspectiva del desarrollo radica en que son dos fenómenos distintos. Tal como se mencionó en el capítulo cuatro ambos aspectos no son homologables (Sepúlveda, M. 2011). La perspectiva evolutiva cognitivo constructivista no explica la esquizofrenia en sí, dado que esta enfermedad es un proceso y no un desarrollo.

Sin embargo, permite observar desviaciones en el desarrollo en que se construyen estructuras psíquicas poco efectivas en que el sujeto queda fijado en etapas anteriores, en desequilibrios permanentes y/o elabora una imagen de sí poco realista, lo que obstaculiza la adaptación del individuo a una realidad física y social común (Rychlak, 1998). Esto, junto con la presencia de factores genéticos, facilitaría la posterior presentación del cuadro psicopatológico. Así, pese a ser la esquizofrenia un proceso, puede considerarse dentro de un curso longitudinal evolutivo.

Asimismo, realizar una analogía entre algunos síntomas de la esquizofrenia con fenómenos que se dan en determinadas etapas del desarrollo, especialmente entre la percepción delirante y el pensamiento prelógico, amplía el campo de intervención para una psicoterapia. Se puede concluir que este es el principal aporte del enfoque a la esquizofrenia: ampliar la posibilidad de la psicoterapia.

La necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con una psicoterapia en el paciente esquizofrénico está ampliamente reconocido (Hollis, 2001; French & Morrison 2004; McGorry, 2009). Sin embargo, estas básicamente apuntan a un tipo de entrenamiento cognitivo conductual hacia la superación de los síntomas y desarrollo de habilidades sociales (Henry, 2004; Edwards, 2004; Birchwood, 2004)

La terapia evolutivo cognitivo constructivista propone una intervención más compleja dirigida a la persona más que a los síntomas (Ronen, 2003). Es un proceso reconstructor, que apunta al desarrollo de la persona y a la reconstrucción de una identidad que ha quedado fragmentada.

De esta manera, se pretende ayudar al niño o adolescente esquizofrénico reconociendo sus desequilibrios y desajustes, para que a semejanza del proceso de desarrollo, en la terapia, vaya logrando “equilibraciones maximizadoras” que le permitan una mejor adaptación al medio. Y, si es posible, poder “torcer” la evolución de la psicopatología.

En este contexto, la intervención psicoterapéutica busca aproximarse a los significados y construcciones personales del enfermo, diseñándose el proceso para cada caso en particular y sujeto a constante revisión (Ronen, 2003). Es así, como se ha llamado exploratorio al primer periodo, donde se evalúan las disarmonías en el desarrollo y los cimientos estructurales a partir de los cuales comenzar la reconstrucción del sí mismo y el mundo. De esta manera, la evaluación en psicoterapia responde a la pregunta ¿quién es este sujeto que presenta esquizofrenia?, mirando su desarrollo desde las área cognitiva, afectiva, social y moral.

Se van creando metas en conjunto de acuerdo a los intereses del paciente y la etapa de la enfermedad en que encuentra, las que pueden comenzar incluso desde el logro de la realización de actividades básicas. El terapeuta es respetuoso del mundo del paciente y no propone metas que el sujeto en ese momento no es capaz de lograr; sin embargo, tampoco puede quedarse atrapado en la realidad delirante de éste. Debe ir ayudando al sujeto a ayudarse a sí mismo a ir interactuando con el ambiente, desde una realidad objetivadora.

La psicoterapia en sí es un proceso de desarrollo, donde terapeuta y paciente co-construyen una nueva realidad más adaptativa en una dinámica dialéctica de constantes asimilaciones y acomodaciones. Esto, es particularmente importante en el periodo experimental de la terapia, en que se va pasando por las mismas etapas descritas por Piaget desde lo sensorio motor hasta la abstracción reflexiva, permitiendo al individuo una mayor autonomía y posibilidad de cuestionamiento al salir de la descentración y rigidez de sus estructuras previas, logrando un mayor equilibrio tanto interno como externo.

El proceso psicoterapéutico, requiere también de creatividad, flexibilidad y afectividad por parte del terapeuta quien a modo de un ayudante de investigación ayuda al paciente a descubrir otra realidad que genere menos sufrimiento y pueda ser compartida con los demás. Las técnicas que se utilizan son las narrativas; es decir, el modo en que el sujeto narra su realidad, las que pueden ser verbales, por imágenes o por acción (Sepúlveda, G. 2012).

Luego de la experimentación se apunta hacia la integración de la identidad con el reconocimiento de un sí mismo con permanencia en el tiempo. Es un proceso reconstructivo dado que el paciente tenía una construcción previa de sí mismo pero que perdió al manifestarse la enfermedad.

Se apunta a la elaboración de proyectos a futuro y metas que impliquen haber encontrado un sentido, apareciendo la intencionalidad que implica voluntad. Esto, constituye la meta central en la psicoterapia con el paciente esquizofrénico: el paso de una posición pasiva y dominada por imposiciones que para el sujeto aparecen como externas, a un individuo con mayor autonomía que pueda dirigir sus acciones y desarrollar distintos roles sociales en base a relaciones solidarias y de respeto mutuo.

La perspectiva evolutivo cognitivo constructivista se considera un aporte dado que proporciona una visión holística sobre la esquizofrenia y proporciona herramientas para el tratamiento psicoterapéutico desde una visión del desarrollo. Considera la posibilidad de recuperación del paciente esquizofrénico al visualizar la evolución y posibilidad de cambio, donde el sujeto es un participante activo en cualquiera de las etapas de su enfermedad. Desde este enfoque, la terapia psicológica es un proceso reconstructor, lo que proporciona una visión más optimista de la evolución del paciente esquizofrénico.

Se espera que este trabajo promueva el interés por trabajar en psicoterapia con el paciente esquizofrénico desde esta perspectiva y se generen nuevas investigaciones que permitan aumentar la comprensión de la esquizofrenia desde la psicopatología evolutiva. Y así, poder contribuir de mejor manera a la recuperación de la persona que presenta esquizofrenia, patología compleja que por muchos años ha interesado en su estudio a distintos especialistas relacionados con la salud mental.

7.- Bibliografía.

1. Andreasen, N. (1985). Positive vs negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin, Vol 11, N°3.*
2. Arieti, S. (1965). *Interpretación de la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Labor.
3. Asarnow, J.R., Tompson, M.C., Goldstein, M.J., (2001). *Psychosocial factors: the social contexto f child and adolescente – onset schizofrenia*. En H. Remschimdt (Comps.), Schizofrenia in children and adolescent (pp. 168-191). Cambridge: Cambridge University Press
4. Asarnow, R.F y Karatekin, C. (2001). *Neurobehavioral perspectives*. En H. Remschimdt (Comps.), Schizofrenia in children and adolescent (pp. 135-167). Cambridge: Cambridge University Press
5. Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
6. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000)*. 1º Edición en castellano. Buenos Aires: Editorial Polemos.
7. Bermudo-Soriano, C. et al. (2007). *Neurodesarrollo, esquizotaxia y modelo diátesis-estrés en esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 75-99). Barcelona: Ed. Masson.
8. Bearden, C. et al. (2006). *The neurodevelopmental model of schizophrenia: updated*. En D. Cicchetti y D. Cohen (Comps.), Developmental psychopathology (2º edition) (pp. 542-569). Barcelona: Ed. Masson.
9. Birchwood et al. (2004). *Cognitive therapy and emotional dysfuntion in early psychosis*. En Gleeson, J. y McGorry, P. (Comps.). Psychological interventions in early psicosis (pp.220-225.). The University of Melbourne, Australia. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
10. Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz* (2ºedición). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
11. Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Herder.
12. Bringuer, J.C. (1977). *Conversaciones con Piaget. Mis trabajos y mis días*. Barcelona: Ed. Gedisa.
13. Caplan, R. et al. (1996). *Development of psychotic thinking in children*. En M. Lewis (Comps.), Child and adolescent psychiatry (2º edition) (pp. 315-322). Maryland: Ed. Williams & Wilkins.
14. Chinchilla, A. (2007). *Desde lo conceptual esquizofrénico hasta su comprensión y clínica*. En A. Chinchilla (Comps.), Las Esquizofrenias (pp. 273-342). Barcelona: Ed. Masson.
15. Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurología.

16. Correas Lauffer, J. (2007). *Síntomas negativos en esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 235-243). Barcelona: Ed. Masson.
17. Crespo, M.D (2007). *Rehabilitación y psicoeducación en la esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 555-560). Barcelona: Ed. Masson.
18. Cuesta, M. et al. (2007). *Subtipos clínicos de la esquizofrenia*. En C. Gastó (Comps.). Esquizofrenia y trastornos afectivos (pp. 37-45). Madrid: Ed. Editorial Médica Panamericana, S.A.
19. Dimaggio, G. & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14:1-23.
20. Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 19:103-108.
21. Dunn et al., (2001). *Chilhood-onset schizophrenia*. En A. Breier et al. (Comps.). Current issues in the psychopharmacology of schizophrenia (pp. 375-388).
22. Durán, E. (2011). *Conversaciones con Dr. Eduardo Duran*. Entrevista personal y supervisión del experto en torno al tema de investigación.
23. Durán, E. (2011). “*Psicolingüística clínica aplicada a la salud mental*”. Santiago: Universidad de Chile y Corporación Chilena de la Esquizofrenia.
24. Dutta, R. y Murray, R. (2010). *A life course approach to psychoses*. En T. Millon et al. (Comps.), Contemporary directions in psychopathology. Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11 (pp. 515-522). New York: Ed. The Guilford Press.
25. Edwards, J. et al. (2004). *Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first – episode psychosis*. En Gleeson, J. y McGorry, P. (Comps.). Psychological interventions in early psychosis (pp.191-207.). The University of Melbourne, Australia. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd..
26. Feixas, G y Miró, M.T (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidos.
27. Feixas, G y Villegas, M (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer.
28. French, P y Morrison, A (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk od developing Psychosis*. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
29. García, R. (2006). *Esquizofrenia en el adolescente*. En M. Valdivia & M.I. Condeza (Comps.), Psiquiatría del adolescente. Santiago, Ed: Mediterraneo.
30. Gleeson, J. y McGorry, P. (2004). *Psychological interventions in early psychosis (2º edition)*. The University of Melbourne, Australia. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd..
31. Gillberg, C. (2001). *Epidemiology of early onset schizophrenia*. En H. Remschmidt (Comps.), Schizophrenia in children and adolescent (pp. 43-59). Cambridge: Cambridge University Press.

32. Gooding, D. y Iacono, W. (1995). *Schizophrenia through the lens of a developmental psychopathology perspective*. En D. Cicchetti y D. Cohen (Comps.), *Developmental Psychopathology Vol. 2* (pp. 535-580). New York: Ed. Wiley-Interscience publication. John Wiley & Sons, Inc.
33. Häfner et al. (2003). Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 29, N°2.
34. Henry, L., (2004). *Psychological intervention in recovery from early psychosis: Cognitive oriented psychotherapy*. En Gleeson, J. y McGorry, P. (Comps). *Psychological interventions in early psychosis* (pp.63-79.). The University of Melbourne, Australia. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd..
35. Hollis, C. (2001). *Diagnosis and diferencial diagnosis*. En H. Remschimdt (Comps.), *Schizofrenia in children and adolescent* (pp. 82-118). Cambridge: Cambridge University Press
36. Hollis, C (2002). *Schizophrenia and Allied Disorders*. En Rutter, M. y Taylor, E. (Comps.) *Child and Adolescent Psychiatry* (4º edition) (pp. 612-635). Great Britain: Ed. Blackwell Science.
37. Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child and adolescent onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *British Journal of Psychiatry*, 182: 37-44.
38. Hollis, C (2008). *Schizophrenia and Allied Disorders*. En Rutter, M. (Comps.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5º edition) (pp. 737-758). Ed. Blackwell Science.
39. Huerta, M. (2007). *El déficit cognitivo y su tratamiento*. En A. Chinchilla (Comps.), *Las esquizofrenias* (pp. 547-554). Barcelona: Ed. Masson.
40. Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 38: 157-165.
41. Ivey, A. (1990). *Developmental therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
42. Kanner, L. (1982). *Psiquiatría infantil* (4º edición). Buenos Aires: Ed. Siglo Veinte.
43. Kegan, R. (1982). *The envolving self*. Cambridge: Harvard University Press.
44. Kenny, J. y Friedman, L. (2002). *Cognitive impairment in early-stage schizophrenia*. En R. Zipursky y S. Shulz (Comps.), *The early stages of schizophrenias* (pp. 205-231). Ed. American Psychiatric Publishing.
45. King, R. (1994). Chilhood-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 3: 1-13.
46. Kraepelin, E (1996). *La demencia precoz (1º parte)*. Buenos Aires: Ed. Polemos.
47. Kumra, S. et al. (2002). *Chilhood-onset schizophrenia*. En R. Zipursky y S. Shulz (Comps.), *The early stages of schizophrenias* (pp. 161-190). Ed. American Psychiatric Publishing.
48. Leff, J. y Vaughn, C. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 7, N°1.

49. Lozano, M (2007). *El contacto del paciente esquizofrénico*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 343-346). Barcelona: Ed. Masson.
50. Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. (2004). Schizophrenia as a dialogue at the ends of its tether: the relationship of disruptions in identity with positive and negative symptoms. *Journal of Constructivist Psychology*, 17: 105-119.
51. Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. (2006). Psychotherapy and schizophrenia: an analysis of requirements of an individual psychotherapy for persons with profoundly disorganized selves. *Journal of Constructivist Psychology*, 19:171-189.
52. Mahoney, M. (1996). *La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (pp.59-87). Ed: Paidós Ibérica.
53. Mahoney, M. (1996). *Las demandas psicológicas para un psicoterapeuta constructivo*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (pp.361-376). Ed: Paidós Ibérica.
54. Martínez, J.C., (2006). *Esquizofrenia de inicio precoz. ¿Desorden progresivo del neurodesarrollo?*. En H. Silva (Comps.), Esquizofrenia, nuevas perspectivas (pp. 131-145). Santiago: C&C Ediciones.
55. McGorry, P., Allot, K., Jackson, H. (2009). *Diagnosis and the staging model of psychosis*. En H. Jackson y P. McGorry (Comps.), The recognition and management of early psychosis (pp. 17-27). Nueva York: Cambridge University Press.
56. Neimeyer, G.J. (1996). “*El cuestionamiento del cambio*”. En Neimeyer, R. y Mahoney, M (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (pp.117-132). Ed: Paidós Ibérica.
57. Nevot, A. et al. (2007). *Epidemiología de la esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 21-39). Barcelona: Ed. Masson.
58. OMS, 1992. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Ed. Meditor.
59. Parry-Jones, W. (2001). *Childhood psychosis and schizophrenia: a historical review*. En H. Remschmidt (Comps.), Schizophrenia in children and adolescent (pp. 1-17). Cambridge: Cambridge University Press.
60. Pantelis, C. et al. (2009). *Neurobiological endophenotypes of psychosis and schizophrenia: are there biological markers of illness onset?*. En H. Jackson y P. McGorry (Comps.), The recognition and management of early psychosis (pp. 61-80). Nueva York: Cambridge University Press.
61. Pelegrina, H. (2011). *Conferencia sobre psicopatología*. Instituto Renoval, Santiago.
62. Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. Mexico D.F: Fondo de la Cultura Económica.
63. Piaget, J. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Mexico D.F: Siglo XXI editores.

64. Piaget, J. (1978). *Adaptación vital y psicología de la inteligencia*". Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
65. Piaget, J. (1985). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*". Barcelona: Ed. Crítica.
66. Piaget, J. (1986). *Seis estudios de psicología* (2^a edición). Barcelona: Ed. Ariel, S.A.
67. Piaget, J. (1996). *Estudios de psicología genética*. Buenos Aires: Emece Editores.
68. Picouto, M.D. et al. (2007). *Teorías psicosociales de la esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 245-253). Barcelona: Ed. Masson.
69. Puente, R. et al. (2007). *Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia*. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 1-19). Barcelona: Ed. Masson.
70. Quiroga, F. (2005). *Estudio de la organización de personalidad en niños entre 5 y 8 años de edad, que presentan un trastorno de inestabilidad emocional de tipo límitrofe, a través del Test de Rorschach*. Tesis para optar al grado de magister en psicología, mención psicología clínica infanto-juvenil. Universidad de Chile.
71. Remschimdt, H. (2001). *Definition and classification..* En H. Remschimdt (Comps.), Schizofrenia in children and adolescent (pp. 24-42). Cambridge: Cambridge University Press.
72. Remschimdt, H. et al., (2001). *Treatment and rehabilitation*. En H. Remschimdt (Comps.), Schizofrenia in children and adolescent (pp. 192-267). Cambridge: Cambridge University Press.
73. Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
74. Ronen, T. (2003). *Cognitive-constructivist psychotherapy with children and adolescents*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
75. Rosen, H (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
76. Rychlack, J. (1998). *Personalidad y psicoterapia*. México: Ed. Trillas S.A.
77. Sechehaye M.A. (1958) *La realización simbólica y diario de una esquizofrénica*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
78. Seikkula et al. (2001). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14:247-265.
79. Seikkula et al. (2001). Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14:267-284.
80. Sepúlveda, G. (1997). *Terapia cognitiva evolutiva en niños y adolescentes*. Apuntes de clases, Universidad de Chile.
81. Sepúlveda, G. (2003). Autonomía moral: Una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, Vol. XII, N°1: Pág. 27-35.
82. Sepúlveda, G. (2004). *Psicoterapia evolutiva en adolescentes con conductas suicidas*. XXII Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA)

83. Sepúlveda, G. (2005). *Apuntes de clases*. Magister en psicología clínica infanto juvenil. Universidad de Chile.
84. Sepúlveda, G. (2006). *Desarrollo psicológico en la edad juvenil: construcción de la identidad personal hacia la autonomía*. En M. Valdivia & M.I. Condeza (Comps.), *Psiquiatría del adolescente*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
85. Sepúlveda, G. (2007). *Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil*. En Stecher, K. (Comps.), *Materiales para una cartografía de la psicología contemporánea: Tradiciones teóricas y campos profesionales*. Ediciones LOM.
86. Sepúlveda, G. (2011). *Conferencia sobre proceso terapéutico desde la dimensión piagetana*. XXIX Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA).
87. Sepúlveda, G. y Capella, C. (2011). *Taller: construcción de identidad en adolescentes*. XXIX Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA).
88. Sepúlveda, G. (2011). *Conversaciones con Ps. Gabriela Sepúlveda*. Aportes durante el proceso de revisión de la tesis.
89. Sepúlveda, G. (2012). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes: Enfoque cognitivo constructivista*. En Almonte y Montt (Comps.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterraneo.
90. Sepúlveda, G. y Capella, C. (2012). *Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: Lo evolutivo y lo psicopatológico en la edad escolar*. En Almonte y Montt (Comps.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterraneo.
91. Sepúlveda, M. (2011). *Conversaciones con el Dr. Mario Sepúlveda*. Entrevistas personales realizadas al doctor con respecto al tema de investigación.
92. Shulz, S. et al. (2002). *Schizophrenia during adolescence*. En R. Zipursky y S. Shulz (Comps.), *The early stages of schizophrenias* (pp. 191-204). Ed. American Psychiatric Publishing.
93. Sikich, L. (2009). *Early onset psychotic disorders*. En Kaplan y Sadock (Comps.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (9º edición) (pp.3699-3706). Philadelphia: Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
94. Silva, H. (2000). *Esquizofrenia*. En A. Heerlein (Comps.). Psiquiatría clínica (pp. 283-295). Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
95. Schneider, K. (1951). *Patopsicología Clínica*. Madrid: Ed. Paz Montalvo.
96. Tsai, L. y Champine, D. (2006). *Schizophrenia and other psychotic disorders*. En M. Dulcan y J. Wiener (Comps.). *Essentials of child and adolescent psychiatry* (pp. 235-265). Ed. American Psychiatric Publishing.

97. Vázquez, M y Catalán, R. (2007). *Epidemiología y factores de riesgo en esquizofrenia*. En C. Gastó (Comps). Esquizofrenia y trastornos afectivos (pp. 27-35). Madrid: Ed. Editorial Médica Panamericana, S.A.
98. Volkmar, F.R. (1996). *Childhood schizophrenia*. En M. Lewis (Comps.), Child and adolescent psychiatry 2º edition (pp. 629-635). Maryland: Ed. Williams & Wilkins.
99. Volkmar, F.R. (2001). *Chilhood schizophrenia: developmental aspects*. En H. Remschimdt (Comps.), Schizofrenia in children and adolescent (pp. 60-81). Cambridge: Cambridge University Press.

Apéndice

Apéndice: Criterios diagnósticos esquizofrenia

Criterios para el diagnóstico de F20.xx Esquizofrenia (DSM-IV):

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

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

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

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

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

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial; especificar también si: **con síntomas negativos acusados.**

Episodio único en remisión total.

Otro patrón o no especificado.

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)

Criterios para el diagnóstico de F20 Esquizofrenia (CIE-10):

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a)** Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b)** Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c)** Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

- d)** Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e)** Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f)** Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g)** Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h)** Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i)** Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el

curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicotropas como F1x.5.

Formas de evolución

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Continua.

F20x.1 Episódica con defecto progresivo.

F20x.2 Episódica con defecto estable.

F20x.3 Episódica con remisiones completas.

F20x.4 Remisión incompleta.

F20x.5 Remisión completa.

F20x.8 Otra forma de evolución.

F20x.9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

Fuente: Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenias (CFTMEA-R-2000):

Esquizofrenia infantil (47):

Aparición, luego de los 4 ó 5 años de edad, de trastornos psicóticos que se manifiestan, ya sea progresivamente, ya a partir de un episodio agudo o subagudo, y se inscriben en un proceso evolutivo de larga evolución. En la expresión clínica de estos cuadros predomina la disociación, la discordancia, las manifestaciones de angustia psicótica, el repliegue y la desorganización mayor de la vida mental, con rápida pérdida de las capacidades adaptativas. Las manifestaciones delirantes son menos frecuentes y más difíciles de poner en evidencia que en el adulto, toman la forma de ideas persecutorias o de ideas de transformación corporal, o incluso de fobias extrañas.

Por lo general, la evolución tiende a la persistencia de trastornos esquizofrénicos severos, a menudo con una alteración de la eficiencia intelectual. Estas formas de psicosis también pueden constituir el modo de evolución de una psicosis precoz (ciertos casos de autismo o desarmonía psicótica, en particular).

Trastornos esquizofrénicos en la adolescencia (48):

- Aspectos prodrómicos:

Incluyen una multitud de síntomas atípicos, entre los cuales predominan los síntomas llamados “negativos” de la esquizofrenia, pero de un modo menor que no permite afirmar el diagnóstico de esquizofrenia aunque hace temer esta evolución. Los signos más habituales son: reducción de la atención y de las capacidades de concentración, sensible caída de los resultados escolares, de los deseos y motivaciones, anhedonia, repliegue social, tendencia al aislamiento, inversión del ritmo nictemeral, irritabilidad, accesos de violencia, pensamiento difluente, discurso desafectivizado, ideas bizarras, megalomanía y pensamientos o gestos suicidas. Ninguno de estos signos es suficiente por sí solo para establecer el diagnóstico. Lo que permite hacer el diagnóstico es su agrupamiento y, sobre todo, su acentuación regular a lo largo de varios meses, así como la asociación con una ansiedad constante, invasiva, masiva, indecible, casi continua.

El cuadro clínico puede verse dominado por conductas antisociales e irrupciones violentas incontrolables contra los bienes, las personas o contra ellos mismos, asociados a una actividad proyectiva masiva y continua, y a una intolerancia total a los afectos depresivos inmediatamente reemplazados por pasajes al acto violento hetero o autoagresivos. Es cada vez más frecuente que dichos cuadros clínicos se asocien a la ingesta de drogas o de alcohol de manera continua o discontinua. La evolución hacia una esquizofrenia confirmada no siempre es constante.

- Esquizofrenia franca:

Se reúne aquí el conjunto de las manifestaciones esquizofrénicas de los cuadros clásicos de la esquizofrenia del adulto.

Fuente: Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000).