

Esquizofrenia: Aspectos ideológicos y análisis conductual aplicado.

Jaime Ernesto Vargas Mendoza.

FUENTE: INTERPSIQUIS. -1; (2008)

Correspondencia: Asociación Oaxaqueña de Psicología, Oaxaca, México.

Sitio web: www.conductitlan.net

E-Mail: comentarios@conductitlan.net

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia y análisis de la conducta

KEYWORDS: Schizophrenia, Applied Behavioral Analysis.)

Resumen

La esquizofrenia es un grave problema de salud que sufre una población generalmente en una edad productiva. El análisis de la conducta es la versión científica de la psicología y en el campo clínico ha desarrollado modelos de estudio y recursos de intervención que ofrecen alternativas valiosas para mejorar el comportamiento de estos pacientes y su calidad de vida. La concepción rutinaria de la salud mental esta plagada de ideologías mentalistas que impiden una aproximación científica plena en los programas de salud auspiciados por las instancias gubernamentales. En este documento se revisa esta literatura y se discuten estos temas.

Abstract

Schizophrenia is a serious health problem. The people ones who suffering this are in a productive age. The Behavior Analysis is the version of scientific psychology. And in the clinic field has developed models of study and resources for intervention. The Behavior Analysis offer valuable alternatives to improve the behavior of patients and their quality of life. The routinary conception of mental health is fraught with ideologies based on the mind. This ideology prevents a full scientific approach in health programs sponsored by the government. In this document we review this literature and discuss these issues.

La psicosis

Generalmente se considera que la psicosis es la enfermedad mas grave o el desorden mas severo, con un origen psicógeno. Se caracteriza por un grado variable de desintegración de la personalidad y una falla para evaluar correctamente la realidad externa, en varias esferas. Adicionalmente, las personas con tales alteraciones carecen de habilidad para comprometerse de manera efectiva con otras personas o con su trabajo.

La idea de la “desintegración de la personalidad” se deriva de la teoría de Freud y está basada en suposición de que las personas alcanzan niveles variables de integración psicosexual y que desarrollan defensas intrapsíquicas contra el estrés. Cuando el estrés (amenazas externas) se eleva demasiado, las defensas ceden y la persona regresa a un nivel mas primitivo de adaptación o ajuste. Los síntomas psicóticos son la manifestación de tal regresión.

Respecto a que el enfermo psicótico “falle en la correcta evaluación de la realidad”, operacionalmente implica que a menos que algo esté “mal”, las personas deberían actuar en forma “correcta”, esto es, comportarse de una manera consistente con su rol social. Cualquier desviación de este rol pudiera ser evidencia de una “falla” y por ende, índice de psicosis. El rol que se esperaría que desempeñara una persona adulta consiste en estar dispuesto a trabajar, de acuerdo a los estándares de la sociedad y a llevar una vida social normal. Las personas que no pueden hacer esto, actúan de manera atípica y socialmente reprochable. Una persona que se comporte así, lo hace por estar enferma o por no haber aprendido las conductas apropiadas o no haber recibido adecuadamente reforzamiento para continuar adherido a ellas.

Se podría pensar que a diferencia de los neuróticos, los psicóticos cursan con disturbios que implican profundas perturbaciones. Torpe y Katz definen la psicosis como: “El desorden mental principal, que generalmente involucra el total de la personalidad, donde las funciones mentales del individuo están tan alteradas que es incapaz de participar en las actividades de la vida diaria”. O’Kelly y Muckler decían: “La conducta psicótica se caracteriza por un desquebrajamiento de la adaptación integrada ante el estrés, en todos los niveles de la vida”. Sin embargo, aún rotulados como psicóticos, muchos de estos pacientes

son capaces y realizan un rol funcional en el mundo real. Las estimaciones que se han hecho, sobre el número de pacientes que son capaces de tales funciones, alcanzan el 85% de la población hospitalaria. Esto lo aclara el trabajo de Cooper y Early, quienes investigaron a 1,012 pacientes, de los cuales el 85.2% habían estado hospitalizados por más de dos años. En términos conductuales, el 84.4% no necesitaban de custodia y solo el 36.7% no realizaban algún trabajo socialmente útil, en el hospital. Estos autores, en su reporte nos dicen que: “Una gran cantidad de pacientes bajo cuidado en los hospitales psiquiátricos no muestran disturbios serios en su conducta y se les retiene sobre todo en base a factores sociales”. Por lo que, la creencia de que los psicóticos hospitalizados son peligrosos, bizarros y salvajes, no solo es falsa, sino que es dañina.

Aspectos Ideológicos. - El comportamiento anormal y “la locura” poseen una dimensión política. Cualquiera que no se comporta “normalmente” es un disidente político y es sujeto de medidas represivas. La psiquiatría, por mucho tiempo, ha sido uno de los brazos represivos más poderosos de los estados fascistas, su objetivo está en la perpetuación del suministro de su mano de obra y utiliza la persecución y el confinamiento de los no obedientes, como su amenaza para obligarles a conformarse o ser eliminados socialmente, convirtiéndolos en “enfermos mentales crónicos” y consumidores eternos de los productos de una industria farmacéutica capitalista globalizada.

David Cooper, en su libro *El Lenguaje de la Locura* expresa: “El significado político de la locura se ve con más claridad si se percibe la alineación social como el resultado más evidente de la división clasista de la sociedad entre explotadores y explotados, con una cantidad cada vez mayor de personas atrapadas en sistemas de mistificación entre los dos polos”.¹

El análisis ideológico y político de la “enfermedad mental” y “la locura” subraya la liga entre la situación concreta de enajenación laboral, de falta de trabajo, de alza del costo de vida, de frustración en la relación con la pareja, y la política, porque depende de la estructura socioeconómica la generación de la enfermedad mental.

La esquizofrenia

Entre las psicosis, las reacciones esquizofrénicas numéricamente son las más frecuentes y teóricamente las más importantes. En este momento, alrededor del 20% de todas las admisiones de primera vez en los hospitales psiquiátricos son debidas a la esquizofrenia. Aún más importante, cerca de la mitad de todos los pacientes que se mantienen en los hospitales psiquiátricos son portadores de este diagnóstico. Las personas rotuladas como esquizofrénicas frecuentemente son hospitalizadas durante su adolescencia y gracias a los avances de la medicina, tienen una esperanza de vida, para permanecer en el hospital, por 40 o 50 años.

La palabra “esquizofrenia”, viene de las raíces esquizos = roto, frenos = mente y vino a sustituir la designación latina de dementia precox, para referirse a la “locura juvenil”.

La Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) plantea como criterios para el diagnóstico de esta entidad:

·Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente por un mes: (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado –incoherencia-, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

·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.

·Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, incluyendo al menos 1 mes de los síntomas del criterio A.

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

En el Tipo Paranoide, la característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

El Tipo Desorganizado, se llama así porque hay un lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (bañarse, vestirse o preparar la comida).

El Tipo Catatónico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: (1) inmovilidad o catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor, (2) actividad motora excesiva, (3) negativismo extremo o mutismo, (4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas, (5) ecolalia o ecopraxia.

El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más reciente y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo.

Aspectos Ideológicos. - La descripción anterior puede que nos de una idea de lo que es un paciente esquizofrénico, sin embargo, una mejor apreciación la obtenemos desde el punto de vista fenomenológico existencial. Este análisis está realizado por R. D. Laing en su libro *El Yo Dividido*.²

La fenomenología existencial trata de caracterizar la naturaleza de la experiencia que una persona tiene de su mundo y de sí mismo. La palabra esquizoide designa, entonces, a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos maneras principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con su mundo y, en segundo lugar, hay una rotura en su relación consigo mismo.

Podemos interpretar su conducta como “señales” de una “enfermedad” o la podemos ver como la expresión de su existencia. El psicótico, después de todo, como ha dicho Harry Stack Sullivan, mas que cualquier otra cosa es “simplemente humano”. Las personalidades del doctor y del psicótico, no menos que las personalidades del intérprete y del autor, no se oponen entre sí como dos hechos externos que no coinciden y que no pueden ser comparados. Como el intérprete, el terapeuta debe poder la plasticidad necesaria para trasponerse a sí mismo a otra extraña, y aun ajena, concepción del mundo. En este acto,

echa mano de sus propias posibilidades psicóticas, sin renunciar a su cordura. Sólo de esta manera puede llegar a comprender la posición existencial del paciente, nos recuerda Laing. El paciente no “tiene” esquizofrenia. Es un esquizofrénico. La prueba crítica de si un paciente es psicótico o no, es la carencia de congruencia, una incongruencia, un choque entre él y los demás. La persona a la que llamamos “esquizoide” se siente a la vez más expuesta, más vulnerable a los otros que nosotros mismos, y más aislada. El esquizofrénico está desesperado. Cuando alguien dice que es un hombre irreal, o que está muerto, con toda seriedad, expresando en términos radicales la desnuda verdad de su existencia, tal como él la experimenta, entonces es que está loco. Kierkegaard ya lo había expresado en su libro *La Enfermedad Mortal*: “La esquizofrenia no puede entenderse sin comprender la desesperación”.

El individuo esquizoide, nos dice Laing, tiene una inseguridad ontológica primaria, en las circunstancias ordinarias del vivir, puede sentirse más irreal que real; en sentido literal, más muerto que vivo; precariamente diferenciado del resto del mundo, de modo que su identidad y autonomía están siempre en tela de juicio. Puede carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal. Puede no poseer un sentido contrarrestador de congruencia y cohesión personal. Puede sentirse más insustancial que sustancial, e incapaz de suponer que la estofa de que está hecho es genuina, buena, valiosa. Y puede sentir que suyo está parcialmente divorciado de su cuerpo.

Hay tres formas de angustia con las que se encuentra la persona ontológicamente insegura:

- Ser Tragado. - Ser tragado se siente como un riesgo que acompaña al ser entendido (al ser captado, comprendido), al ser amado, o aun, simplemente, al ser visto. La maniobra principal empleada para preservar la identidad ante el temor de ser tragado es el aislamiento.
- Implosión. - Que se refiere al choque con la realidad. El individuo siente que está vacío. De hecho todos estamos a un grado nada más de distancia de experiencias de este género. Basta una fiebre ligera para que el mundo entero pueda comenzar a cobrar una apariencia persecutoria, de amenaza, de aplastamiento.
- Petrificación y despersonalización. - Se refiere a una forma particular de terror, por la cual uno es petrificado, es decir, convertido en piedra. También, esta fuente de angustia implica

el recurso de verse a uno mismo o a los otros, no como personas, sino como a objetos animados, robots.

Etiología de la esquizofrenia

Con objeto de determinar las causas de una enfermedad tan común y tan grave como la esquizofrenia, se han elaborado varias teorías y se han llevado a cabo numerosas investigaciones.

Causas Genéticas. - Los principales métodos aplicados en estas investigaciones son los estudios realizados con familias y con gemelos. Hay también algunos datos que surgen del estudio de niños adoptados.

Los datos arrojados por el reporte de Rosenthal se plantean como riesgos de morbilidad dentro de la familia. Así, el riesgo de que los hermanos de unos probados esquizofrénicos padezcan la enfermedad es de 3.3 hasta 14.3%. Estas estimaciones de riesgo son uniformemente mayores que las esperadas para la población en general. Garrone encontró un riesgo de morbilidad de 33.7% entre los hermanos de esquizofrénicos, cuando también uno de los padres era esquizofrénico. En suma, los datos recabados mediante el método de las familias respalda la noción de que la predisposición hacia la esquizofrenia puede transmitirse genéticamente. Sin embargo, los parientes de un probado esquizofrénico no comparten tan solo genes, sino también experiencias comunes.

Los niveles de concordancia reportados en los diversos estudios realizados con gemelos monocigóticos manifiestan una gran variabilidad que abarca desde 0 hasta 86%. Los niveles de concordancia entre los gemelos dicigóticos varían desde 2 hasta 14%. La concordancia entre gemelos monocigóticos suele ser mayor que entre los gemelos dicigóticos, aunque es siempre menor del 100%. Esto es importante, ya que si la transmisión genética fuera la única causa de la esquizofrenia, al ser esquizofrénico uno de los gemelos, con toda seguridad el otro correría la misma suerte, dado que los gemelos monocigóticos son genéticamente idénticos. Pero, otra vez, los niveles observados de concordancia se podrían explicar dado que los gemelos fueron educados juntos, en un ambiente común y no porque existan factores genéticos comunes.

Los datos de Heston con hijos de madres esquizofrénicas dados en adopción a otras familias y comparados con otros sujetos de un grupo control, resaltan que a ninguno de los sujetos de este grupo control se les diagnosticó como esquizofrénicos y que si fueron objeto de este diagnóstico el 16.6% de los hijos de madres esquizofrénicas. Este panorama indica que los factores genéticos desempeñan un importante papel en el desarrollo de la esquizofrenia, aunque no pueden mas que predisponer el organismo al desorden. Para que esta predisposición se traduzca en una patología observable, es necesaria una crisis postnatal, ya sea ambiental o biológica.

Factores Bioquímicos. - Al comprobarse que los factores genéticos intervienen en la transmisión de la esquizofrenia, es preciso iniciar también una investigación de tipo bioquímico ya que la herencia se manifiesta a través de la química corporal. No obstante hay que considerar algunos factores que hacen difícil este estudio. Los pacientes muchas veces están o han estado medicados y estos fármacos pueden alterar químicamente su metabolismo. Los paciente y los sujetos de los grupos control pueden diferir no solo en el diagnóstico, sino en otras variables como la dieta, la actividad, el consumo de drogas, etc., que pueden oscurecer los resultados de su comparación.

Sin embargo, Robert Heath de la Universidad de Tulane anunció haber descubierto cierto factor en el suero sanguíneo de los esquizofrénicos y afirmó que éste era la causa de su condición. Dio el nombre de taraxeína a este factor y propuso que la esquizofrenia era un desorden transmitido genéticamente y que se caracterizaba por la presencia de la taraxeína en la sangre. Se trataba de una proteína que perturbaba el funcionamiento de las neuronas en la región septal del cerebro, que controla las respuestas al placer y al dolor. Inclusive se indujeron síntomas parecidos a los de los esquizofrénicos administrando dicho agente a unos reclusos voluntarios. Así, según Heath, la esquizofrenia consiste en una enfermedad de autoinmunidad: el cuerpo fabrica anticuerpos que actúan contra sus propias células cerebrales.

Otra línea de investigación está en los estudios de Friedhoff quien observa los efectos de la droga llamada mezcalina, que desorganiza los procesos mentales e induce alucinaciones. La mezcalina es estructuralmente semejante a la dopamina, precursor del neurotransmisor llamado norepinefrina. Las drogas que reducen la psicosis, reducen la dopamina y producen

parkinson. Para Friedhoff, una anomalía en el proceso metabólico normal puede producir un compuesto similar a la dopamina, afirmó haber descubierto semejante compuesto en la orina de los esquizofrénicos. Se le llama 3,4-dimetoxifeniletamina, o DMFEA. Otras investigaciones confirmaron que la DMFEA inducía síntomas de esquizofrenia y que si se inhibía el proceso metabólico anormal, se reducían los síntomas Sin embargo estos estudios solo quedan a nivel de correlaciones y no queda claro si estos agentes se producen después y no antes del inicio del desorden.

Teoría Psicoanalítica. - La idea fundamental de Freud era que el esquizofrénico había regresado a un estado de “narcisismo primario”, una de las primeras fases de la etapa oral, anterior a la diferenciación entre el yo y el ello. Por lo tanto no existe un yo independiente encargado de captar la realidad. Al regresar a esta etapa, el esquizofrénico perdió efectivamente contacto con el mundo; retrajo su libido de todo contacto con objetos externos. Se considera que en la edad adulta la causa de esta regresión es que los impulsos del ello, sobretodo los sexuales, se vuelven mas intensos. El hecho de que estos impulsos del ello provoquen la esquizofrenia o una neurosis, depende de la fuerza del yo. Los neuróticos, por tener un yo mas estable, no regresarán a la primera etapa psicosexual, como lo hace el esquizofrénico. En este terreno, hay varios análisis teóricos de los materiales encontrados en algunos casos, pero no hay datos que respalden esta teoría.

Teoría del Aprendizaje Social. - En pocas palabras, Ullman y Krasner resumen su posición respecto al desarrollo de la esquizofrenia diciendo: “La conducta decisiva, a partir de la cual pueden deducirse otras indicaciones de la esquizofrenia, radica en la extinción de la atención ante estímulos sociales a los que responden las personas “normales”. Además creen que los esquizofrénicos desempeñan un papel social, determinado en gran medida por los profesionistas en salud mental y el hospital psiquiátrico. En breve, consideran que el profesionista en salud mental refuerza selectivamente la conducta esquizofrénica.³

Otra teoría del aprendizaje fue postulada por Mednick al considerar que la esquizofrenia constituía un desorden aprendido del pensamiento, producido por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Sugirió que el pensamiento desajustado de los esquizofrénicos constituía una serie de respuestas condicionadas de evitación que ayudaban al individuo a

controlar la sensibilidad de su sistema nervioso autónomo. Estas respuestas de evitación (las ideas irrelevantes), son aprendidas en las ocasiones en que el pre esquizofrénico escapa a una excitación, saltando a otra idea que interrumpe la acción del estímulo excitador. Como las asociaciones irrelevantes permiten al individuo evitar un estímulo angustiante, éstas se ven reforzadas por una menor excitación aumentando de esa manera la probabilidad de que el pre esquizofrénico posteriormente manifieste conductas similares.

Teoría de la Experiencia. - El estudio de Ronald Laing sobre la esquizofrenia es en algunos aspectos similar al punto de vista de Ullman y Krasner. Para él, la esquizofrenia no es una enfermedad, sino un nombre que se aplica a cierto tipo de experiencia y conducta problemáticas. Se trata de una estrategia inventada por una persona con el fin de poder vivir en un entorno intolerable. Laing considera que la familia es la principal culpable en la formación de las conductas llamadas esquizofrénicas. Las características de las familias que forman esquizofrénicos son las siguientes:

- Nexificación: Hay una relación marcada de dependencia emocional entre los miembros de la familia.
- Atmósfera: Un padre ausente o figura secundaria y una madre fría y castigante.
- Comunicación: Enunciados frecuentes del tipo denominado “doble lazo” (incongruencias), donde se dice una cosa y se hace lo contrario

En resumen, ninguna de estas teorías está totalmente comprobada y es posible que cada factor señalado por los diferentes enfoques contribuya en alguna medida a producir el efecto denominado esquizofrenia.

Aspectos Ideológicos. - Al revisar el trabajo de Laing, Andrew Collier destaca los aspectos mas importantes de cada escrito del autor inglés y respecto a las causas de la esquizofrenia, el libro de Laing titulado Cordura, Locura y Familia resulta esclarecedor. Nos dice Collier que la posición adoptada en este texto es que, en vista de la falta de un criterio aceptado para diagnosticar la esquizofrenia y del hecho de que el modelo de “enfermedad” es inadecuado, parece tener poco sentido postular la esquizofrenia como causa de las

peculiaridades de la experiencia y la conducta de estas personas. Es mejor buscar las causas específicas de las perturbaciones particulares, que explicar estos trastornos recurriendo a una entidad como la “esquizofrenia”. Si los síntomas de los pacientes estudiados en Cordura, Locura y Familia (a todos les habían diagnosticado esquizofrenia) pueden explicarse en términos de las relaciones de los pacientes con sus familias, entonces no se necesita postular ninguna otra variable, menos aún un término precientífico.^{4,5}

En otro libro de Laing, *La Política de la Experiencia* y en relación a las causas de la esquizofrenia nos dice con toda claridad: “la experiencia y la conducta, denominadas esquizofrénicas, son una estrategia especial inventada para vivir en una situación insostenible”. De hecho, Laing aprueba la afirmación hecha por Bateson de que la esquizofrenia puede ser un proceso curativo natural.

Análisis conductual

El enfoque científico de la psicología conductual debe mucho al trabajo de B. F. Skinner, brillante ensayista y científico metódico. Es particularmente relevante para nuestro tema, su escrito titulado *¿Qué es el comportamiento psicótico?* y que está publicado en una colección de diversos temas, en su libro *Registro Acumulativo*, donde podemos leer que el estudio de la conducta, psicótica o de otro tipo, se mantendrá bajo el amparo de las ciencias naturales, mientras consideremos como nuestro objeto de estudio la actividad observable del organismo, la manera en que se mueve, se incorpora, maniobra los objetos, empuja o jala, emite sonidos, hace gestos, etcétera. También, que algunos instrumentos adecuados nos pueden permitir amplificar las actividades de baja escala y convertirlas en parte de nuestro objeto de estudio. El mirar a las personas comportarse de esta manera es como observar cualquier sistema físico o biológico. Así mismo, nos mantenemos dentro del terreno de las ciencias naturales al explicar estas observaciones en términos de fuerzas externas y fenómenos que actúan sobre el organismo. Algunos de ellos los podremos localizar en la historia hereditaria del individuo, incluyendo su calidad de miembro de una especie o en su dotación personal. Otros surgen del ambiente físico, pasado o presente.

El análisis conductual opera cuando consideramos que el organismo emite la conducta que queremos explicar, como una variable dependiente. En seguida, recurrimos a ciertas

condiciones hereditarias y ambientales externas, de naturaleza observable. Estas son las variables independientes, de las que la conducta se expresa como una función. Tanto la entrada como la salida de semejante sistema, puede manejarse como los sistemas dimensionales aceptados para la física y la biología. Un paquete completo de tal tipo de relaciones, nos permitiría predecir y, mientras las variables independientes estén bajo nuestro control, modificar o generar conductas según nos lo propongamos.

Desafortunadamente, en la historia de las teorías y sistemas de la psicología, es raro encontrar que se estudie a la conducta por sí misma y la mayoría de las veces se le considera como una evidencia (signo o síntoma), de una “vida mental”.

Los comportamientos clave, como indicadores de esquizofrenia son: (1) desorganización del pensamiento, (2) apatía, (3) aislamiento social y (4) verbalizaciones bizarras o aversivas para los escuchas. Veamos que ha hecho el análisis conductual aplicado para su estudio y modificación.

Desorganización del Pensamiento. - Antes de poder llevar a cabo un experimento, es necesario que esté clara la variable dependiente. La desorganización del pensamiento se ha medido de diversas maneras con ese propósito. Dos métodos populares han sido la asociación de palabras y la interpretación de proverbios.

Meichenbaum específicamente reforzó la interpretación abstracta de los proverbios en cuatro grupos de pacientes esquizofrénicos. Los cambios promedio desde la línea base (primeros 12 proverbios) a la evaluación de los últimos proverbios de 36 adicionales mostró que hubo un incremento de la conducta correcta (interpretación adecuada de los proverbios) de 8.28 para el grupo reforzado positivamente y 0.69 para el grupo positivo no contingente. Y un decremento de 0.22 para el grupo con contingencias negativas (sobre la conducta incorrecta), y un 1.84 para el grupo control (al que no se le otorgaba reforzamiento). El reforzamiento utilizado consistía en verbalizaciones como “Mmmh-hmm”, una sonrisa, asentir con la cabeza o la expresión “Bien”.

El método de asociación de palabras fue utilizado en el estudio de Ullman, Krasner y Edinger quienes trabajaron con un grupo de pacientes con un promedio de 15 años de hospitalización. Reforzaron asociaciones comunes (es decir, las que habían dado al menos

el 10% de estudiantes universitarios, en un procedimiento de estandarización). Estos investigadores reforzaban a sus pacientes diciéndoles “Bien”. Los resultados de este grupo comparado con otro control (que no recibía reforzamiento) fueron una mejoría estadísticamente significativa. Otros investigadores mostraron datos en la misma dirección con procedimientos semejantes, Panek reforzando con fichas y Thompson usando procedimientos que incluían instrucciones, modelamiento, así como reforzamiento social.

Apatía. - La falta de interés en el ambiente es, probablemente, el problema principal cuando se trabaja con pacientes esquizofrénicos crónicos. El aplanamiento emocional y la falta de afecto, pueden considerarse como correlatos adicionales de la apatía y hay dos áreas donde estos aspectos pueden ser manipulados directamente: la conducta verbal y la actividad motora no verbal.

Cuando se tiene una variable clínica relevante, el siguiente paso es la manipulación de ella. Krasner aplicó los conceptos Skinnerianos sobre la conducta verbal de esquizofrénicos hospitalizados. Una serie de investigaciones por Ullman y Krasner combinaron la variable de las palabras expresivas con el condicionamiento verbal operante, mediante el manejo de contingencias, cuando el sujeto emitía una palabra o expresión emocional. El número de palabras o expresiones emotivas empleadas por los pacientes pudo ser incrementado con estas manipulaciones .

Por otro lado, Schaefer y Martin observaron la conducta de sus pacientes en intervalos de cada media hora. Una enfermera apuntaba lo que hacían los pacientes, usando tres escalas:

- Conductas mutuamente excluyentes (caminar, correr, permanecer de pié, sentarse, acostarse).
- Comportamientos concomitantes (conversar, cantar, poner música, pintar, leer, escuchar a otros, escuchar el radio, ver la TV, hacer actividades de grupo).
- Comportamientos ideosincráticos (retorcerse, balancearse, balbucear).

La ausencia de comportamientos concomitantes es un índice de apatía. Teniendo un objetivo conductual (la definición operacional de la apatía), el siguiente paso es averiguar si podemos influir sobre esta conducta. Los autores de esta investigación lo hicieron al

amparo de una economía de fichas. Los reforzadores utilizados eran fichas mas reconocimiento verbal y a veces reforzamientos mas directos (como cigarrillos que se podían comprar con las fichas). Se trabajó con 40 pacientes esquizofrénicos crónicos apáticos, que al azar se asignaron mitad a un grupo control, que recibiría un manejo rutinario y la otra mitad, al grupo experimental donde se aplicó el tratamiento. Los resultados dejaron ver que el grupo control mejoró muy poco, de forma estadística insignificante, en tanto que el grupo experimental mostró una mejoría considerable. Es decir, el número de observaciones donde los comportamientos concomitantes no ocurrían disminuyó significativamente.

Aislamiento Social. - Un experimento clásico es el que fue conducido por King, Armitage y Tilton Trabajaron con pacientes con un promedio de 9 años de hospitalización, diagnosticados como esquizofrénicos “mutistas”, “apáticos” y con un “pronóstico extremadamente pobre”. Se formaron 4 grupos de 12 pacientes cada uno:

- El de terapia recreativa, que se reunía entre 3 y 5 horas a la semana.
- El de terapia verbal, que recibía atención individual con un terapeuta que trataba de establecer comunicación de cualquier manera.
- Un grupo control, con el manejo rutinario del hospital.
- El grupo experimental (operante-interpersonal), que se reunía 3 veces por semana, con sesiones de 20 a 30 minutos, durante 15 semanas. Empleaba como reforzadores cigarrillos, dulces y tarjetas de colores.

El tratamiento experimental constó de 3 fases. En la primera se introdujo una máquina que los pacientes tenían que jalar de una palanca para obtener el reforzador. Se moldeó primero la conducta de jalar la palanca y luego se sometió a un programa de reforzamiento automático. En la segunda fase se hizo mas compleja la respuesta, la palanca podía ser jalada, empujada y desplazada a cada lado, además se introdujo comportamiento verbal en la situación experimental, proporcionando guías verbales e instrucciones de lo que estaban haciendo y gradualmente haciendo preguntas personales sencillas, como ¿qué desayunaste?, etc. En la tercera fase, dos pacientes trabajaban juntos, mientras que el experimentador y otros 6 pacientes los miraban alrededor. En los resultados se pudo

observar la gran efectividad de este método. Por cierto, los pacientes del grupo de terapia verbal empeoraron.

Verbalizaciones Bizarras y Aversivas. - Son dos las maneras en que la conducta verbal puede ser indicativa de esquizofrenia. La primera tiene que ver con que las personas no hablen. Sobre este tema se han efectuado investigaciones muy conocidas como la del moldeamiento del habla en un paciente catatónico mutista, desarrollada por Isaacs, Thomas y Goldiamond o el estudio de Sherman que presenta un caso donde se usó la imitación para el tratamiento de tres psicóticos mutistas. Sin embargo, vamos a referirnos al reporte de Wilson y Walters (1966), quienes emplearon tres grupos de cuatro sujetos cada uno, con sujetos cuidadosamente escogidos por sus bajos niveles de verbalización. La tarea que se les impuso fue la de describir qué pasaba en las escenas que les proyectaban con transparencias que involucraban escenas cotidianas. Durante la primera sesión todos los sujetos fueron tratados igual. El experimentador permanecía callado. De la sesión dos a la siete, dos grupos de sujetos fueron expuestos a un modelo verbalizador. El experimentador hablaba rápidamente y en forma continua sobre cada imagen. Uno de estos grupos fue reforzado con monedas por producir palabras, mientras el otro grupo no. El tercer grupo no era expuesto al modelo ni se le daba reforzamiento. Los resultados fueron muy claros. El grupo con modelo y reforzamiento mejoró 4 veces su nivel de discurso en comparación al que mostró en la primera sesión. El grupo de solo modelo tuvo un incremento moderado, pero estadísticamente significativo. Al final del experimento se dispusieron 6 sesiones donde los tres grupos recibieron tratamiento con modelo y reforzamiento. En esta parte del experimento se observó que solo el grupo que había estado expuesto solo al modelo no mejoró.

La otra forma de hablar que se considera esquizofrénica es lo que llamaríamos “discurso enfermo”. Ullman y colaboradores efectuaron a este respecto un experimento interesante. Cada uno de 5 experimentadores vieron a 12 pacientes, cuatro cada uno en tres condiciones experimentales. La situación comprendía entrevista clínica semi estructurada, de 20 minutos. Luego de un periodo de línea base, donde el entrevistador solo hacía preguntas, se inició la manipulación. En un grupo, cada que el sujeto emitía un “discurso sano” el examinador le sonreía, asentía con la cabeza y mostraba aprobación. En el segundo grupo

se hacía lo mismo pero sobre un “discurso enfermo”. El “discurso sano”, en contraste con el “discurso enfermo” conllevaba verbalizaciones de comodidad y no de incomodidad, agrado y conducta de aproximación y no desagrado y evitación, buena salud mental y física y no quejas de enfermedad, aserciones personales y no indecisiones, presencia y no ausencia de motivación, planteamientos realistas y no ideaciones bizarras, optimismo, bienestar, auto estima, contento, entusiasmo y percepciones favorables de otros, en lugar de auto referencias negativas, descontento, preocupaciones y ansiedad. Un tercer grupo sirvió como control y en él se emitían las conductas de aprobación cada que el paciente usaba un nombre en plural (DRO). Como resultado del experimento, el grupo reforzado por un lenguaje apropiado decrementó en su porcentaje de discurso inapropiado, en tanto que los otros dos grupos mostraron una tendencia significativa a incrementar su discurso inapropiado.

Finalmente, hay otro grupo de estudios experimentales realizados por Ayllon y Azrin en el área del análisis conductual aplicado a pacientes esquizofrénicos que involucran la aplicación de sistemas motivacionales integrales como son los relacionados con “economías de fichas”, mismos que empezaron a aplicarse en los hospitales psiquiátricos con mucho éxito y donde se emplearon como reforzadores condicionados fichas intercambiables por reforzadores profilácticos, incondicionados, así como acceso a actividades de alta probabilidad (principio de Premack).

En resumen, el tratar la esquizofrenia no como una enfermedad sino como un grupo de conductas mal aprendidas, permite que estas sean abordadas con un modelo comprensivo basado en los datos experimentales y se obtengan resultados que indican que es posible su modificación y por ende, la posibilidad de que tales pacientes muestren una mejoría ostensible.

Aspectos Ideológicos. - En años recientes se ha generado en el mundo y en nuestro País, un movimiento de rechazo a las instituciones psiquiátricas y a sus métodos de “tratamiento” basados en el uso extensivo de psicofármacos, cuyo uso crónico trae efectos secundarios irreversibles (disquinesia tardía, etc). Movimiento al que se han unido políticos disidentes e intelectuales. El trabajo en México de Sylvia Marcos y colaboradores, ahora se coordina

con el que desarrollan Cooper en Inglaterra y Basaglia en Italia. 6 El movimiento, en su conjunto es reconocido como “Antipsiquiatría”. A estas posturas ideológicas y políticas debemos sumar las posibilidades de un análisis conductual aplicado, con objeto de transformar esta realidad de marginación y abuso en que vive el “enfermo mental”, y particularmente quienes ostentan el diagnóstico de “esquizofrénicos”.7,8,9

Bibliografía

1. Cooper, David. El lenguaje de la locura. México: Editorial Ariel;1979.
2. Laing, R. D. El Yo Dividido. México: Fondo de Cultura Económica;1984
3. Ullman, L. P. y Krasner, L. A Psychological Approach to Abnormal Behavior Prentice-Hall, Inc.:1969.
4. Collier, Andrew. R. D. Laing: Filosofía y Política de la Psicoterapia.México. Fondo de Cultura Económica;1981.
5. Laing, R. D. Cordura, Locura y Familia. México: Fondo de Cultura Económica;1986.
6. Basaglia, Cooper, Elkaim, Guattari, Langer, Monsivais. Antipsiquiatría y Política. México:Editorial Extemporáneos;1979.
7. Agel, Jerome. El Terapeuta Radical. México: Editorial Extemporáneos;1971.
8. Davison, G. G. y Neale, J. M. Psicología de la Conducta Anormal. México: Editorial Limusa;1983.
9. Dossier México. Alternativas a la Psiquiatría. México: Ediciones Nueva Sociología;1982.