



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**Música y Esquizofrenia:
una mirada de la vivencia esquizofrénica
como sistema complejo y su tratamiento
a través de la música.**

T E S I S

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Presenta:

John Paul José Guadalupe Barrera Núñez

Directora: Mtra. María Concepción Morán Martínez.

Revisor: Mtro. Jorge Álvarez Martínez.

Sinodales: Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez.

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa.

Mtro. Alberto Romo Becerril.

Ciudad Universitaria, Cd Mx., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al trazado de arquitectura universal.

A Yolanda, José Guadalupe, Daniel, Ricardo y Fidel Rubio.

A Concepción M., Jorge A., Patricia P, Jorge Rogelio P., Alberto R., José Luis E.,
Óscar O., Alberto H., Patricia R., Rebeca G., Katia S., Gabriela F. y a los
formidables Maestros con vocación para la vida.

A Iván Y., Andrei E., Mauricio M., Iraís S., Víctor Hugo F., Julia M., Emilio M., Juan
N., Diego B., Elia S., Berenice A., Santos C., Osvaldo G., Alejandro H., Sergio S.,
Axel A., Alejandro F., José Luis V., Remedios N., María Elena G., Verónica M.,
Antonio M., Antonio P., Ixe S., Daniel M., Deni R., Lubín Q. y a los Venerables
cofrades.

A los integrantes de los coros Voces del CELE y Unidad de Posgrado UNAM del
Programa Coral Universitario UNAM y al Coro Filarmónico Universitario UNAM.

A los integrantes del Servicio de Hospital Parcial de fin de semana del Hospital
Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de Escenarios Clínicos A. C. y del
Laboratorio de Psicología y Artes Musicales de la Facultad de Psicología UNAM.

A John L., Paul M., George H., Richard S. y a todos aquellos que directa o
indirectamente han participado y participarán en esta historia.

Porque: Falta.

Resumen

Las esquizofrenias es un conjunto de trastornos cuya sintomatología se coloca en el espectro de la desestructuración mental severa. Su aborde dentro de los campos biológico, sociológico, psicodinámico y vinculológico, ha desarrollado tratamientos específicos y, el ahora quinto campo de los Sistemas Complejos, elabora propuestas de investigación y atención desde la multidisciplina, la interdisciplina y hacia una transdisciplina. Un Sistema Complejo es: "... un sistema cuyos elementos son heterogéneos en el sentido en que pertenecen al dominio de distintas disciplinas, pero son elementos que interactúan entre sí, de tal manera que son interdefinibles" (García, 2013). El objetivo en este trabajo es, a partir de la elaboración de un estado del arte acerca del tratamiento del padecimiento esquizofrénico a través de la música, poder aproximarnos a una propuesta de metodologías específicas a cada caso donde distintos profesionales, en una labor en conjunto, atiendan la compleja red de variables que implica la vivencia de la sintomatología esquizofrénica.

Palabras clave: *Música, Esquizofrenia, Psicosis, Complejidad, Sistemas Complejos, Intervenciones Complejas, Multidisciplina, Interdisciplina.*

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	3
Índice	4
Introducción	5
1. Psicosis y Esquizofrenia	6
1.1 Concepto de Esquizofrenia	7
1.2 Enfoques etiológicos y características	7
1.2.1 Teoría biogénica	9
1.2.2 Teoría psicogénica	22
1.2.3 Teoría sociogénica	29
1.2.4 Teoría vinculogénica	34
1.3 Tratamiento de la esquizofrenia	38
1.3.1 Marco institucional	38
1.3.1.1 Hospitalización	41
1.3.1.2 Hospital de día y rehabilitación	42
1.3.1.3 Acompañamiento terapéutico	42
1.3.2 Marco ético	43
2. Música y clínica	46
2.1 Música	47
2.2 Musicoterapia	50
2.3 Actividad artística musical: concepto de “musicking” y la música en la cotidianidad	54
2.4 Música en el tratamiento psiquiátrico	57
3. Sistemas Complejos	60
3.1 Complejidad, Pensamiento Complejo y Sistemas Complejos	61
3.2 Verdad, realidad y complejidad	64
3.3 Metodología en Complejidad	66
3.4 Complejidad y Esquizofrenia	70
4. Metodología	76
4.1 Justificación	77
4.2 Pregunta de investigación	77
4.3 Objetivo General	77
4.4 Objetivos específicos	77
5. Resultados	79
6. Propuesta, limitaciones y conclusiones: Hacia un tratamiento a través de la música del sistema complejo de la sintomatología esquizofrénica ...	96
Referencias	110

Introducción

El propósito de este trabajo es crear un diálogo entre las disciplinas que intervienen en la clínica de la vivencia esquizofrénica con base en dos ejes: la Música y los Sistemas Complejos. La música como un eje de experiencias estéticas que en la complejidad de su actividad engloba múltiples aspectos de la conformación de los sujetos, en donde puede intervenir, o no, desde aspectos terapéuticos hasta la cotidianeidad.

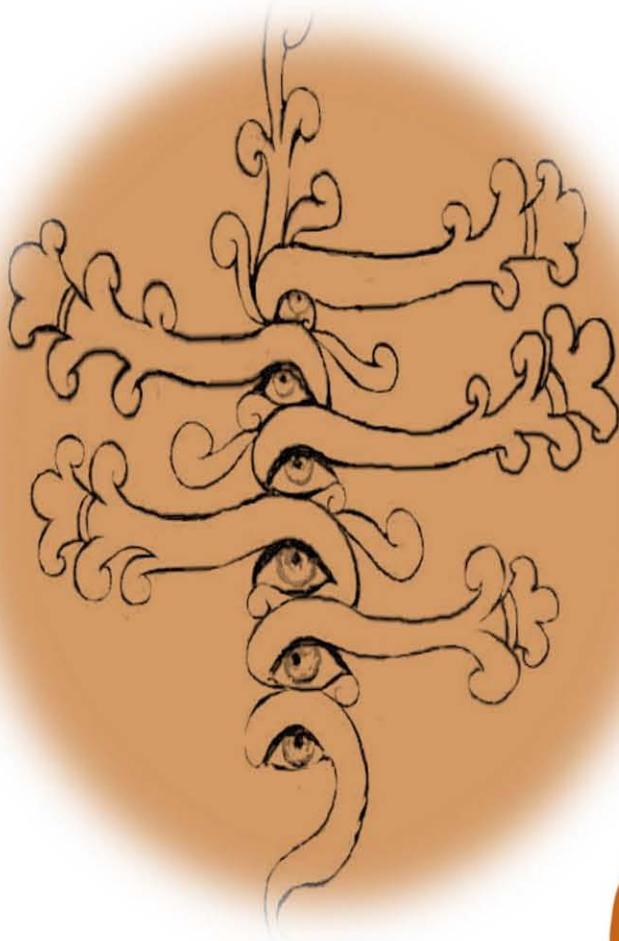
En el primer capítulo se revisará el concepto, la etiología, prodromia y tratamiento ético profesional e institucional mexicano del sujeto diagnosticado con Esquizofrenia tomando como referencia los campos biogénico, psicogénico, sociogénico y vinculogénico.

El segundo capítulo será enfocado a la música, lo que le implica en su ejecución y experiencia, y las relaciones que en la clínica han surgido desde miradas como la Musicoterapia o el “Musicking”, incluyendo las cualidades de la música en la vida cotidiana.

Un tercer capítulo desarrollará el concepto de Sistemas Complejos nacido de metodologías que buscan aplicar el Pensamiento Complejo y la interdisciplina, en este caso, hacia el ámbito de la Salud Mental del sujeto diagnosticado con Esquizofrenia.

Posteriormente, para acercarnos a la pregunta de investigación, se describen los procedimientos, resultados y discusión del Estado del Arte que surge de la búsqueda en distintas bases de datos de los conceptos Esquizofrenia, Música y Sistemas Complejos, como una primer mirada a lo existente en vías de una propuesta esquemática de las relaciones entre distintas disciplinas y un proceder profesional interdisciplinario dirigido hacia apoyar la calidad de vida del sujeto con la compleja vivencia esquizofrénica.

1. Psicosis y esquizofrenia



1. Psicosis y Esquizofrenia

1.1 Concepto de Esquizofrenia

El término esquizofrenia proviene del griego σχίζειν que significa romper, escindir, separar y φρήν que significa mente, razón. Coloquialmente nombrada como locura (indiferenciada de otras patologías), y en el ámbito clínico antes llamada Dementia Praecox por Emil Kraepelin (1919), *esquizofrenia* es un concepto introducido por Eugen Bleuler (1908) para describir la sintomatología de un grupo de enfermedades psicóticas crónicas y agudas caracterizadas por alteraciones conductuales, emocionales, del pensamiento, senso-perceptuales, lingüísticas y en la relación con el mundo exterior o realidad externa particulares. Bleuler tuvo una actitud conciliadora hacia la posición teórica de Freud y se integró a la psiquiatría angloamericana gracias a Adolf Mayer, quien apoyó su descripción sintomática, que dejaba a un lado el pronóstico (Mayer – Gross, 1923).

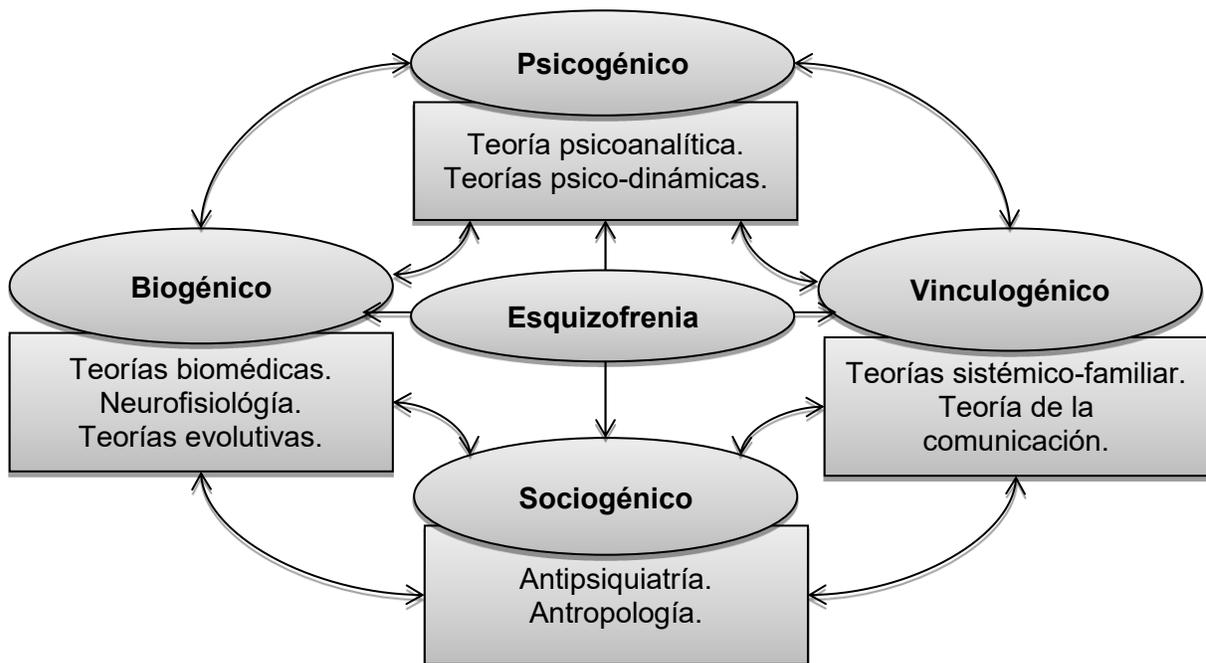
1.2 Enfoques etiológicos y características

Hay cuatro principales teorías históricas sobre el origen de las esquizofrenias (Merchant & Monchablòn, 2005):

- *Teoría biogénica o somatogénica*: Adjudica la causa a una razón profunda en el Sistema Nervioso Central, ya sea genética o no.
- *Teoría psicogénica*: Es un modelo explicativo que alude a causas intrapsíquicas profundas inconscientes. Algunos de sus exponentes son Sigmund Freud y Jacques Lacan.
- *Teoría sociogénica*: Elaborada por Roland Laing en la década de los 60's en Inglaterra, considera que sus causas están en los defectos y contradicciones de la sociedad. Fundamentó el movimiento de la Antipsiquiatría, negando directamente la existencia de la enfermedad mental.
- *Teoría vinculogénica*: Propuesta por Gregory Bateson, basada en la teoría de la comunicación, el doble vínculo en la esquizofrenia y la madre esquizofrénica.

A continuación, se desarrolla un panorama de los paradigmas diseñados para poder comprender la condición del individuo diagnosticado como esquizofrénico, además de las metodologías clínicas para su tratamiento, rehabilitación y soporte.

Esquema de las cuatro principales teorías históricas sobre el origen de la Esquizofrenia



1.2.1 Teoría biogénica

*En los individuos es rara la locura,
pero es la regla en los grupos, partidos, pueblos, épocas
y por ello los historiadores no han hablado hasta ahora de locura.
Pero alguna vez la historia la escribirán los médicos.
Friedrich Nietzsche.*

Basado en la normalización, objetivización y un enfoque desde las ciencias naturales, es un diagnóstico enfocado al síntoma ya que el cuerpo infiere sobre la mente, y lo que infiere a la mente, provoca el síntoma en el cuerpo (Barcia, 2003).

La normalización como fundamento en el área de la salud proporcionada por el análisis probabilístico que surge de la estadística, fue introducido en México bajo la dirección de Gabino Barreda en 1867, y ha transformado la conceptualización y el tratamiento derivados de los modelos teóricos para lo denominado como enfermedad en múltiples ocasiones. Pasando desde la "locura" y la "posesión demoníaca" a lo fuera de la norma, lo "anormal" y lo "desviado" o lo "degenerado"; para posteriormente ante el aislamiento en las salas manicomniales denominarse lo "alienado" y con el surgimiento de los Hospitales Psiquiátricos y los tratamientos ocupacionales, farmacológicos y terapéuticos, llamarse "diagnóstico", también normalizado basado en investigaciones que surgen de los adelantos tecnológicos y el desarrollo científico pluridisciplinar en el área de las ciencias naturales, principalmente, y de otras fuentes como la psicología social, la psicología gestalt, la antropología y la semiótica, entre otras.

La psiquiatría circunscribe a la esquizofrenia como una enfermedad mental clasificada en las psicosis endógenas y la describe, junto a sus subtipos, como se muestra en las Tablas 1.2.1.1 y 1.2.1.2 según los criterios citados en la Tabla 1.2.1.3, a partir de dos principales manuales estandarizados: uno planteado por la American Psychiatric Association (APA) en conjunción con la American Psychological Association (APA) en su cuarta edición revisada: el DSM IV-TR (APA, 2002); y el otro desde la visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS): el CIE-10 (OMS, 1992). Así mismo, se incluye la actualización del DSM V (APA, 2004) y su concordancia con el CIE-10 en la Tabla 1.2.1.4.

Entre las características neurofisiopatológicas de la etiología y el diagnóstico esquizofrénico se han estudiado 7 teorías (Erasquin et al.; en Merchant y Monchablon, 2005): Hiperfunción Dopaminérgica, Hipofunción Dopaminérgica Frontal, Teoría Serotoninérgica, Defecto de la Transmisión GABAérgica, Neuropatología Celular, Anomalías Neurológicas Podrómicas, Factores Genéticos.

Hiperfunción Dopaminérgica.- Se relaciona con síntomas psicóticos el exceso de actividad de las neuronas dopaminérgicas. Kapur (2003) estudió más a fondo la hiperactividad dopaminérgica mesolímbica respecto a los síntomas positivos, denominando a la dopamina como “el viento del fuego Psicótico”. Así mismo se ha vinculado los niveles dopaminérgicos altos con la predictibilidad de un episodio psicótico en sujetos con sintomatología prodrómica previa (Howes et al., 2009). El tratamiento derivado no ha resuelto el pronóstico en su completud ni la calidad de vida en lo social y lo personal (Crow et al., 2004).

Hipofunción Dopaminérgica Cortical.- Estudios mostraron la reproducción de síntomas psicóticos afines a la esquizofrenia en la administración de Fenciclidina y Ketamina, que actúan sobre los antagonistas no competitivos del receptor glutaminérgico para N-Metil-D-Aspartato (NMDA), sin mostrar especificidad (Javitt y Zukin, 1998; Olney y Farber, 1995; Coyle et al., 2003).

Teoría Serotoninérgica.- Surge por analogía de los efectos de las drogas alucinógenas, como el LSD, con la sintomatología esquizofrénica en su acción sobre los receptores S-HT2 (Aghajarian y Marek, 2000). Se presenta una paradoja relacionada con los síntomas positivos y negativos, ante la cual se propone una acción indirecta de los antagonistas de S-HT2 mediada por liberación subcortical de dopamina (Laruelle et al., 1993) o la liberación cortical de glutamato (Aghajarian y Marck, 2000).

Defecto de la transmisión GABAérgica.- Se presenta una reducción en la concentración cortical de las enzimas de síntesis y degradación de GABA (Glutamato Descarboxilasa y GABA transaminasa), de los receptores GABAa y GABAb y del amonioácido libre (Ohnoma et al., 1999; Costa et al. 2001; Paul Blum

y Mann, 2002). Estos datos anatomopatológicos pueden estar vinculados más hacia la sintomatología psicótica en general que hacia el diagnóstico esquizofrénico específicamente.

Neuropatología Celular.- Se ha detectado reducción y anormalidad en densidad en la corteza prefrontal dorsolateral (Lewis, 2002), corteza mesial temporal y cerebelo (Selemon, 2001; Beckmann y Senitz, 2002; Lauer et al., 2003); Lámina plexiforme de la región mesial temporal e hipocampal (Selemon et al., 1998; Selemon y Goldman-Rakic, 1999; Lewis, 2002; Selemon et al., 2003).

Anomalías neurológicas Prodrómicas (Neurodesarrollo).- Walker et al. (1994) y Rosso et al. (2000) mencionan tres periodos de curso prodrómico de la enfermedad psicótica: 1) Entre el nacimiento y los 8 años la patología se expresa en forma de precursores neuromotores como: anomalías posturales distónicas de la mano reconocibles antes de los 2 años de edad que persisten hasta los 7 principalmente en el miembro superior izquierdo y anomalías en las huellas dactilares (Walker y Emory, 1983; O'Callaghan et al., 1991; Fearon et al., 2001; Schiffman et al., 2002); 2) Entre la infancia y la adolescencia hay perturbaciones en el ámbito social acompañado generalmente por trastornos cognitivos-académicos en funciones como la atención, memoria o habilidades ejecutivas (Dworkin et al., 1993; Jones et al., 1994; Hans et al., 1999); 3) Se presentan perturbaciones en la organización del pensamiento durante la pubertad y aumentan hasta la aparición de la sintomatología psicótica (Arbelle et al., 1997).

Factores Genéticos.- Hay alto riesgo de aparición patológica relacionado con factores hereditarios. Particularmente se han identificado los genes Neuregulina -NRG1-, Disbindina -DTNBP1- y regulador de la proteína G señalizador 4 -RGS4- relacionados con la regulación de la dopamina en el sistema glutámico (Harrison & Owen, 2003), así como catecol-O-metil transferasa -COMT- involucrado en el malfuncionamiento dopaminérgico prefrontal (Egan et al., 2001; Malhotra et al., 2002; y Rosa et al., 2004), disruptor en esquizofrenia 1 -DISC1- (Ross et al., 2006; y Williams, Owen, & O'Donovan, 2009) y neurexin 1 -NRXN1- (Rujescu et al. 2009). Sin embargo, aún hay un amplio espectro genético por estudiar, y de lo ya

conocido, hay influencia en la interacción ambiental que provoca que en algunos casos ocurra la sintomatología y en otros no (Kamatchi & Broome, 2013). Existe un proyecto llamado PGC (Psychiatric Genomics Consortium) que se encuentra investigando la genómica detrás de distintas psicopatologías, y hay un grupo especializado en el ámbito de las esquizofrenias y su relación genética con otros diagnósticos (Cross Disorder Group of the PGC, 2013).

Tsuang y colaboradores (2005) abordan 3 limitaciones principales respecto a la clasificación diagnóstica de la esquizofrenia:

“La esquizofrenia en el DSM IV-TR como una categoría discreta”.- Una perspectiva categorial del diagnóstico esquizofrénico donde ha de cumplir con una serie de criterios cualitativos sintomáticos durante la evaluación para poder decidir el diagnóstico y el tratamiento a seguir, es menos congruente respecto a los modelos genéticos y ambientales de una perspectiva dimensional, que desarrollan la sintomatología esquizofrénica buscando dar cuenta de la evolución individual psicopatológica premórbida tomando en consideración múltiples factores biopsicosocioculturales.

“Disociación de los criterios diagnósticos de la etiología y la fisiopatología”.- Deriva de una brecha fundamental entre el tratamiento sintomático y la evolución del individuo, dejando de lado la atención primaria en salud mental: la prevención.

“La psicosis como característica Sine Qua Non de la esquizofrenia”.- Dado que la sintomatología psicótica no es exclusiva del diagnóstico esquizofrénico, diversos investigadores estudian tal sintomatología psicótica como un indicador de enfermedad grave, no específico a la esquizofrenia, lo que indicaría que más que un cuadro psicopatológico por sí mismo, es una comorbilidad que llevaría a tratamientos específicos a cada componente.

Ante estas y otras limitaciones diagnósticas se ha propuesto el concepto de Esquizotaxia, introducido por Meehl en 1962 y replanteado por Faraone et al. (2001) para “indicar el substrato neurobiológico premórbido de la esquizofrenia” (Tsuang, 2005), donde no estarían presentes los síntomas floridos de la psicosis y

cuando estos apareciesen entonces sería tipificada como “Esquizotaxia con Psicosis” la ahora llamada Esquizofrenia.

El tratamiento que se ha desarrollado para su atención ha derivado en la estructura institucional moderna de la psiquiatría alrededor del mundo, así como la investigación enfocada al surgimiento de las técnicas y descubrimientos en el campo de las neurociencias, la biomédica, la genética, la farmacología, la neuropsicología y la terapéutica – principalmente la cognitiva/conductual-; todas ellas con sus respectivas críticas éticas, conceptuales y epistemológicas.

Esquema Resumen Teoría Biogénica

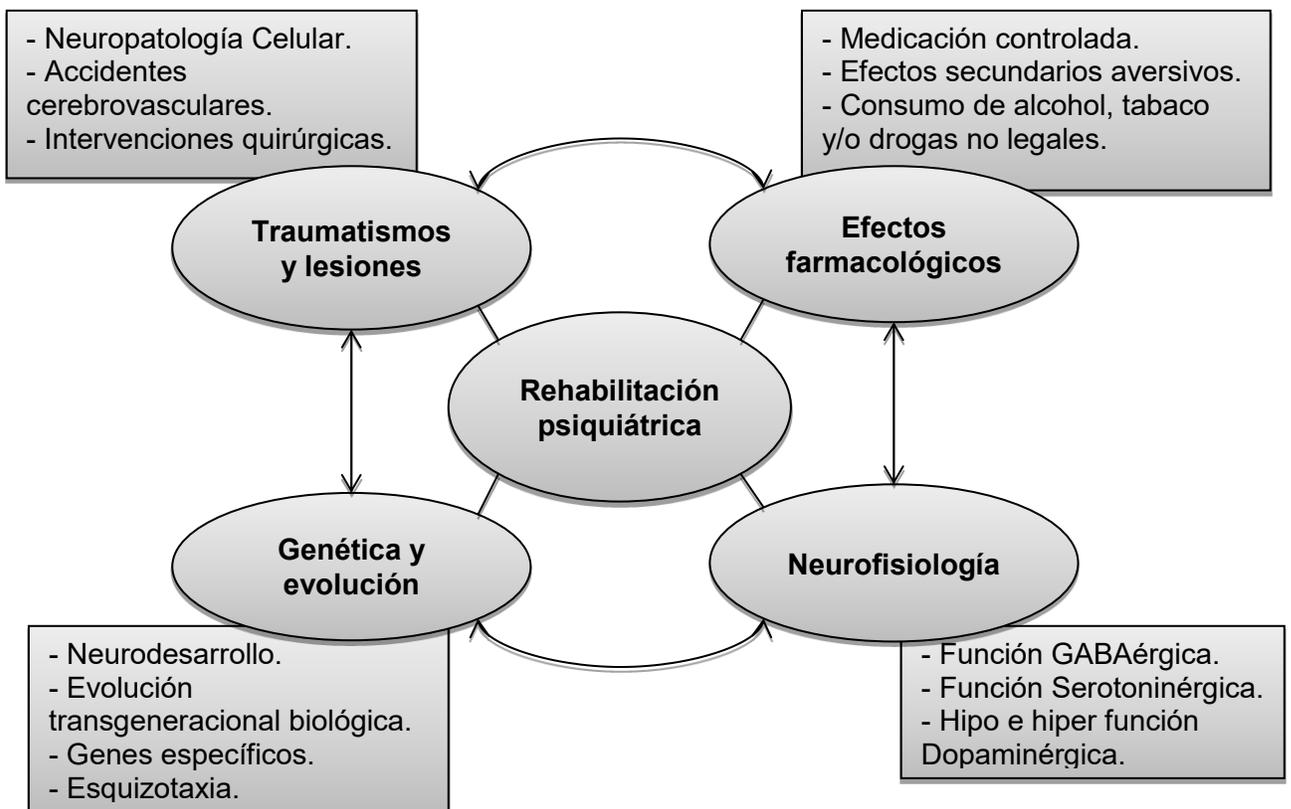


Tabla 1.2.1.1.- Descripción de las esquizofrenias según el DSM IV-TR y el CIE-10.

Tipo	Clasificación CIE-10	Clasificación DSM IV-TR
Esquizofrenia paranoide	Clave: F20.0 Descripción: Predominan delirios relativamente estables, frecuentemente de tipo paranoide, acompañado de alucinaciones auditivas y perturbaciones de la percepción; no hay perturbaciones de la volición, afecto, lenguaje ni síntomas catatónicos.	Clave: 295.30 Descripción.- Se cumple: A) Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes; y B) No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
Esquizofrenia desorganizada/hebefrénica	Clave: F20.1 Descripción: Importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, manierismos, humor superficial e inadecuado, pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente, aplanamiento afectivo, pérdida de la volición y tendencia al aislamiento social.	Clave: 295.10 Descripción.- Se cumple: A) Lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada; y B) No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.
Esquizofrenia catatónica	Clave: F20.2 Descripción: Predominan importantes perturbaciones motoras como la hipercinesis, estupor, obediencia automática y negativismo. Puede mantener actitudes y posiciones forzadas durante periodos prolongados, episodios de excitación violenta y pueden combinarse con alucinaciones escénicas vívidas y estado oneiroide (onírico).	Clave: 295.20 Descripción.- El cuadro clínico presenta por o menos dos de los siguientes síntomas: 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia, flexibilidad cérea o estupor; 2) Actividad motora excesiva, aparentemente sin propósito y no influida por estímulos externos; 3) Negativismo extremo manifestado en una resistencia aparentemente inmotivada a todas al órdenes, postura rígida o mutismo; 4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestado en posturas extrañas, raras o inapropiadas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas; y 5) Ecolalia o ecopraxia.
Esquizofrenia indiferenciada	Clave: F20.3 Descripción: Cumplen los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero no se ajusta a ninguno de los subtipos, o bien	Clave: 295.90 Descripción.- Están presentes los síntomas del Criterio A, pero no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

cumplen criterios de más de un subtipo sin predominancia de alguno.

**Esquizofrenia residual/
crónica indiferenciada/
Restzustand
esquizofrénico**

Clave: F20.5

Descripción: Estadío crónico en el que predomina sintomatología negativa de larga duración, no necesariamente irreversible, como: afecto aplanado, hipoactividad, lentitud psicomotriz, pobreza del lenguaje verbal y no verbal, descuido personal y pobre desempeño social.

Clave: 295.60

Descripción.- Se cumple: A) Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; y B) Hay manifestaciones continuas de la alteración por la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de forma atenuada como: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales.

**Otros diagnósticos
relacionados**

Clave: F20.4

Depresión postesquizofrénica.- Episodio depresivo que aparece como secuela de un mal esquizofrénico.

Clave: F20.6

Esquizofrenia simple.- Desarrollo progresivo pero insidioso de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos se presentan sin manifestación psicótica previa.

Clave F20.8

Esquizofrenia cenestopática.- Síntomas paranoides acompañados de síntomas cenestésicos.

Psicosis esquizofreniforme SAI.- *Sine alter indicatio*, sin otra indicación-.

Trastorno esquizofreniforme SAI.- *Sine alter indicatio*, sin otra indicación-.

Clave F20.9

Esquizofrenia no especificada.

Tabla 1.2.1.2.- Criterios de la enfermedad descritos en el DSM IV-TR.

Criterio	Descripción
A	Síntomas característicos de la enfermedad subdivididos en: Síntomas positivos: A1) Ideas delirantes de persecución, pérdida de control sobre el cuerpo o la mente, robo o inserción del pensamiento, de control; A2) Alucinaciones auditivas y visuales; A3) Lenguaje desorganizado representado en la pérdida de las asociaciones, tangencialidad, incoherencia; y A4) Comportamiento gravemente desorganizado en actividades cotidianas, en la higiene, comportamiento sexual inapropiado, agitación impredecible e inmotivada; y el comportamiento catatónico como estupor, rigidez, agitación, negativismo y posturas catatónicas. Síntomas negativos: A5) restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).
B	Disfunción social o laboral.
C	Signos del trastorno que han persistido por lo menos 6 meses.
D	No es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
E	No es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.
F	Hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes.

Tabla 1.2.1.3.- Especificaciones que indican las características del curso de la enfermedad en el DSM IV-TR.

Especificación	Descripción
.x0 Continuo	<i>Los síntomas característicos del Criterio A están presentes durante todo (o casi todo) el curso del episodio.</i>
.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.	<i>Los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados; especificar también si están presentes síntomas negativos acusados.</i>
.x3 Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.	<i>Continuo con existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación; especificar si están presentes síntomas negativos acusados.</i>
.x4 Episodio único en remisión parcial.	<i>Se ha presentado un solo episodio donde el Criterio A está presente y hay algunos síntomas residuales remanentes.</i>
.x5 Episodio único en remisión total.	<i>Se ha presentado un solo episodio con síntomas del Criterio A para esquizofrenia sin síntomas residuales remanentes.</i>
.x8 Otro patrón o no especificado.	<i>Si hay presencia de algún otro patrón no especificado del curso del trastorno.</i>
.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.	-

Tabla 1.2.1.4.- Especificaciones que indican las características del apartado del Espectro de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos en el DSM V y su correspondencia al CIE-10.

Trastorno	Clasificación CIE-10	Clasificación DSM V	Especificaciones DSM V; CIE-10
<p>Trastorno esquizotípico de la personalidad.</p> <p>También denominado: Esquizofrenia latente/ limítrofe/ prepsicótica/ prodrómica/ pseudoneurótica/ pseudopsicopática o Reacción esquizofrénica latente.</p>	<p>Clave: F21</p> <p>Descripción: Entre su sintomatología se puede encontrar afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estafalarias quiasidelirantes, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción, episodios quasipsicóticos transitorios ocasionales con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas pseudodelirantes. No hay comienzo definido y su evolución es comúnmente el de un trastorno de la personalidad.</p>	<p>Clave: 301.22</p> <p>Descripción: A) Cinco o más de las siguientes características: ideas de referencia, pensamiento mágico o creencias inconsistentes con las normas subculturales, experiencias sensorperceptuales inusuales, pensamiento y discurso alterado, afecto inapropiado, empobrecimiento de relaciones interpersonales, apariencia y comportamiento excéntrico, ansiedad social excesiva; B) No ocurre exclusivamente durante el curso de Esquizofrenia, Trastorno del espectro autista, Trastorno bipolar, depresivo o algún otro con características psicóticas.</p>	<p>DSM V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premórbido, si es factor prioritario para el surgimiento de Esquizofrenia.
<p>Trastorno de delirios.</p> <p>También denominado: Beziehungswahn sensitivo, estado paranoide, parafrenia tardía, paranoia, psicosis paranoide.</p>	<p>Clave: F22</p> <p>Descripción: Se desarrolla un delirio único o un conjunto de delirios relacionados entre sí, habitualmente persistentes y a veces de por vida. El contenido es variable y hay ausencia de alucinaciones, delirios de control, aplanamiento afectivo y evidencia de enfermedad cerebral. En pacientes de edad avanzada pueden presentarse alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias.</p>	<p>Clave: 297.1</p> <p>Descripción: A) Con uno o más delirios con duración de un mes o más; B) No cumple el criterio A de esquizofrenia; C) Sin alucinaciones o poca importancia con relación al delirio manifiesto; Funcionamiento y comportamiento poco alterado y no extravagante; D) Si hay episodios de depresión o manía mayores, estos son breves comparativamente con el delirio; E) No es atribuible a sustancias o afección médica, ni es mejor explicado por otro trastorno mental.</p>	<p>DSM V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos: Erotomaníaco, Grandeza, Celotípico, Persecutorio, Somático, Mixto, No especificado. • Con contenido extravagante. <p>CIE-10 F22.8) Dismorfofobia delirante, Estado paranoide involutivo, Paranoia Querellante</p>

(querulans); F22.9)
Trastorno delirante
persistente no
especificado.

Trastorno psicótico breve.

También denominado: Bouffé delirante, Psicosis cicloide, Trastorno agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

Clave: F23
Descripción: Trastorno psicótico agudo donde son evidentes las alucinaciones, delirios y perturbaciones de la percepción, con cambios de día a día o incluso de hora en hora. Con frecuencia presenta confusión emocional, sentimientos transitorios de felicidad, éxtasis, ansiedad o irritabilidad. Los rasgos psicóticos no justifican el diagnóstico de esquizofrenia. Hay rápida resolución de síntomas sin recurrencias.

Clave: 298.8
Descripción: A) Presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico (Excluir síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente); B) Duración de al menos un día pero menor a un mes; C) No es atribuible a sustancias o afección médica, ni es mejor explicado por trastorno bipolar, con síntomas psicóticos, depresión mayor, esquizofrenia o catatonia.

DSM V
• Con factor(es) de estrés notable(s).
• Sin factor(es) de estrés notable(s).
• Con inicio posparto.
CIE-10
F23.1) Con síntomas de esquizofrenia,
F23.2) De tipo esquizofrénico, F23.3) Otro tipo con predominio de ideas delirantes, F23.8) Otro trastorno psicótico agudo y transitorio, F23.9) No especificado.

Trastorno esquizofreniforme.

Clave: F20.81
Descripción:
• Esquizofrenia cenestopática.- Síntomas paranoides acompañados de síntomas cenestésicos.
• Psicosis esquizofreniforme SAI.- *Sine alter indicatio*, sin otra indicación-.
• Trastorno esquizofreniforme SAI.- *Sine alter indicatio*, sin otra indicación-.

Clave: 295.40
Descripción: A) Presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos (Excluir síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente); B) Duración de al menos un mes pero menor a seis meses; C) No es mejor explicado por trastorno bipolar, con síntomas psicóticos, depresión o trastorno esquizoafectivo; D) No es atribuible a sustancias o afección médica.

DSM V
• Con características de buen pronóstico.
• Sin características de buen pronóstico.
• Con catatonia o sin catatonia.

Esquizofrenia.	Clave: F20.9 Descripción: Esquizofrenia especificada.	Esquizofrenia no	Clave: 295.90 Descripción: A) Presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos (Excluir síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente); B) Deterioro funcional en los ámbitos principales (trabajo, higiene, relaciones interpersonales); C) Duración de al menos un mes con signos continuos por seis meses al menos; D) No es mejor explicado por trastorno bipolar, con síntomas psicóticos, depresión o trastorno esquizoafectivo; E) No es atribuible a sustancias o afección médica.	/
Trastorno esquizoafectivo.	Clave: F25.0 Descripción: De tipo maníaco. Son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas maníacos. Puede ser tanto para un episodio único como para los recurrentes. Clave: F25.1 Descripción: De tipo depresivo. Son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas depresivos. Puede ser tanto para un episodio único como para los recurrentes.		Clave: 295.70 Descripción: A) Periodo ininterrumpido de enfermedad en coexistencia con de un episodio mayor del estado de ánimo (manía, depresión), concurrente con depresión del estado de ánimo; B) Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo; C) Síntomas del episodio mayor de estado de ánimo presentes durante las etapas activa y residual; D) No atribuible a efectos de sustancias u otra afección médica.	DSM V • Tipo Bipolar. • Tipo Depresivo. CIE-10 F25.2) De tipo mixto, F25.8) Otros trastornos esquizoafectivos, F25.9) No especificado/Psicosis esquizoafectiva SAI - <i>Sine alter indicatio</i> , sin otra indicación-.
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.	Según criterios, procedimientos y códigos específicos por sustancia y codificación CIE 9-MC y CIE 10-M.			DSM V • Con inicio durante la intoxicación, • Con inicio durante la abstinencia.

<p>Trastorno psicótico debido a alguna otra afección médica.</p> <p>Otras denominaciones: F06.2) Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico), F06.0) Estados paranoides y estados alucinatorios paranoides orgánicos, Psicosis esquizofreniforme en la epilepsia.</p>	<p>Clave: F06.2</p> <p>Descripción: Trastorno delirante (esquizofreniforme) orgánico. Predominan delirios persistentes que pueden acompañarse de alucinaciones. Puede haber rasgos esquizofrénicos como alucinaciones estrofalarias y trastornos del pensamiento.</p> <p>Clave: F06.0</p> <p>Descripción: Alucinosis orgánica. Con alucinaciones persistentes o recurrentes, habitualmente auditivas o visuales, en estado de plena consciencia y pueden o no ser reconocidas por la persona. Puede haber elaboración delirante sin que este predomine el cuadro clínico.</p>	<p>Clave: 293.81/293.82</p> <p>Descripción: A) Alucinaciones o delirios destacados; B) Existen pruebas de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica de otra afección médica; C) No es mejor explicado por otro trastorno mental; D) No se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional; E) Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en ámbitos laboral, social y otras áreas.</p>	<p>DSM V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con delirios predominantes. • Con alucinaciones predominantes.
<p>Catatonía asociada a otro trastorno mental (Especificador de catatonía)/ Trastorno catatónico orgánico.</p>	<p>Clave: F06.1</p> <p>Descripción: La actividad psicomotriz se haya disminuida (estupor) o aumentada (excitación) asociado con síntomas catatónicos, de forma alternada o constante.</p>	<p>Clave: 293.89</p> <p>Descripción: A) Cuadro clínico dominado por 3 o más de los síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cética, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismo, estereotipia, ecolalia, ecopraxia, muecas, agitación sin influencia de un estímulo externo.</p>	<p>/</p>
<p>Trastorno catatónico debido a otra afección médica/ Trastorno catatónico orgánico.</p>	<p>Clave: F06.1</p> <p>Descripción: La actividad psicomotriz se haya disminuida (estupor) o aumentada (excitación) asociado con síntomas catatónicos, de forma alternada o constante.</p>	<p>Clave: 293.89</p> <p>Descripción: A) Cuadro clínico dominado por 3 o más de los síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cética, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismo, estereotipia, ecolalia, ecopraxia, muecas, agitación sin influencia de un estímulo externo; B) Existen pruebas de que el trastorno es consecuencia</p>	<p>/</p>

			fisiopatológica de otra afección médica; C) No es mejor explicado por otro trastorno mental; D) No se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional; E) Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en ámbitos laboral, social y otras áreas.	
Catatonía especificada/ Trastorno catatónico orgánico.	no	Clave: F06.1 Descripción: La actividad psicomotriz se haya disminuida (estupor) o aumentada (excitación) asociado con síntomas catatónicos, de forma alternada o constante.	Clave: 293.89 Descripción: Síntomas característicos de catatonía presentes cuya naturaleza subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumplen criterios suficientes para Catatonía o no existe información suficiente para un diagnóstico más específico.	• Primero codificar otros síntomas que afectan el sistema nervioso y musculoesquelético.
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico/ Otros trastornos psicóticos de origen orgánico/ Psicosis crónica alucinatoria.		Clave: F28 Descripción: Trastorno delirante o alucinatorio que no justifica el diagnóstico de esquizofrenia, trastornos delirantes persistentes, trastornos psicóticos agudos y transitorios, episodios maníacos ni episodios psicóticos depresivos graves.	Clave: 298.8 Descripción: Se presentan parcialmente síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico; el clínico opta por comunicar los motivos específicos.	/
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico/ Psicosis de origen no orgánico no especificada.		Clave: F29 Descripción: Psicosis SAI - <i>Sine alter indicatio</i> , sin otra indicación-.	Clave: 298,9 Descripción: Se presentan parcialmente síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico; el clínico no cuenta con información suficiente para especificar.	/

1.2.2 Teoría psicogénica

Ellos se han extrañado de la realidad exterior, pero justamente por eso saben más de la realidad interior psíquica, y pueden revelarnos muchas cosas que de otra manera nos resultarían inaccesibles.
Freud (1933 [1932]).

La visión psicoanalítica busca en la historia de la persona en vínculo con la otredad, la estructura y desestructura que es representada en la superficie por la sintomatología del esquizofrénico, y en lo interno expresada por el delirio y la palabra contenida en el acto, consecuencia del inconsciente “a flor de piel”.

Al conformar la teoría psicosexual analítica, Freud planteó la estructuración de la personalidad del sujeto y el planteamiento individual entre este y su entorno a partir de los conceptos descritos en el Esquema 1.2.2.1, donde se juegan los mecanismos de defensa –Tabla 1.2.2.2- para poder afrontar las cotidianidades y las traumáticas no cotidianas (Freud, 1933 [1932], en Amorrortú, 2002), ensueños del vínculo anudado en los rubros Simbólico, Imaginario y Real, donde fluye aquella brújula que guía como aparente verdad al sujeto en el mar de la existencia y del escribir histórico de la vida y lo llamado muerte.

Esquema 1.2.2.1.- Estructura psíquica y conceptos que le conforman basado en lo descrito por Freud (Romo, 2012).

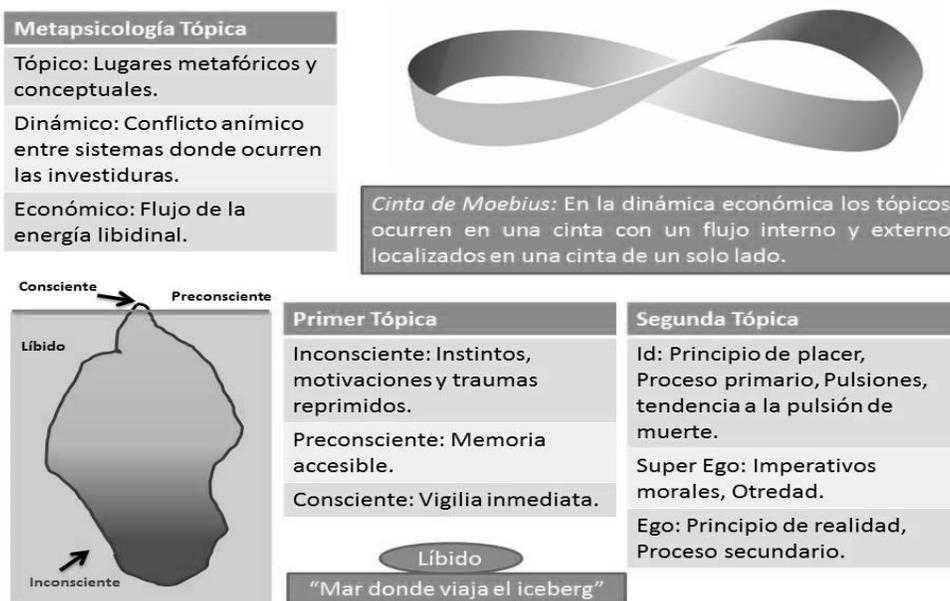


Tabla 1.2.2.2.- Principales mecanismos de defensa manifiestos en la sintomatología psicótica (Gomberoff, 1999; Laplanche et al., 2004).

Mecanismo de defensa	Descripción
<i>Acting out</i>	“Paso al acto”, que en acciones o accidentes denotan el retorno de lo reprimido, a veces violento, otras en incidentes “casuales” impulsivos.
<i>Desplazamiento</i>	La intensidad de una representación puede pasar a otras representaciones menos intensas aunque ligadas por cadenas asociativas a la primera.
<i>Devaluación primitiva</i>	Desvalorización radical de sí mismo o de los otros.
<i>Díscociación</i>	Olvido tácito de elementos inaceptables de representaciones traumáticas.
<i>Escisión/ Clivaje</i>	El objeto libidinal primario es escindido en “objeto bueno” y “objeto malo”, introyectándose y proyectándose de forma relativamente independiente.
<i>Idealización primitiva</i>	Se lleva a la perfección las cualidades y el valor del objeto, y conforma tanto el ideal del yo como el yo ideal.
<i>Identificación proyectiva</i>	Fantasía donde el sujeto introduce su sí mismo en el objeto total o parcialmente para poseerlo, controlarlo o dañarlo.
<i>Omnipotencia</i>	Convicción megalomaniaca sobre la otredad o sí mismo.
<i>Renegación</i>	Rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumática.
<i>Splitting/Escisión múltiple</i>	División radical de los objetos externos en “completamente buenos” o “completamente malos”.
<i>Forclusión</i>	Se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado del universo simbólico del sujeto.

Freud inició con los conceptos de “neuropsicosis de defensa” que incluían la histeria, neurosis obsesiva, la amentía de Meynert –o confusión alucinatoria aguda- y la paranoia; término que cambió por psiconeurosis resaltando la aparición de la patología en un individuo antes sano, y en Introducción al narcisismo (Freud, 1914): “... establecerá la diferenciación que será entre psiconeurosis de transferencia (histeria, neurosis obsesiva y fobias) y psiconeurosis narcisistas (paranoia, esquizofrenia y manía-melancolía)...” que corresponden a las neurosis y la psicosis, respectivamente (López, 2010).

Tabla 1.2.2.3.- Referencias relativas al estudio de la psicosis en la obra de Sigmund Freud. (López, 2010; Romo, 2012).

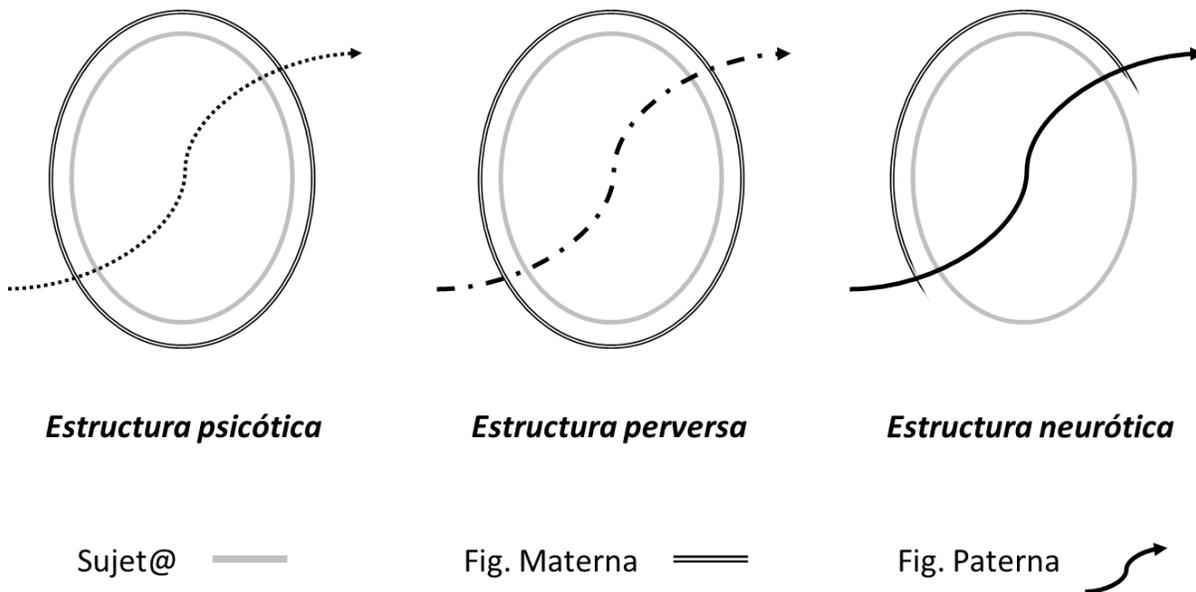
Referencia	Descripción
<i>Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia [Dementia Paranoides] descrito autobiográficamente (1911 [1910])</i>	Estudia el caso de Daniel Paul Schreber, descrito en la autobiografía “Memorias de un enfermo de nervios” publicado en 1903, expresidente del tribunal superior de Sajonia, quien fue internado tres veces en el asilo Sonnenstein, en Lidenhof y en Dözen, debido a síntomas delirantes, hipocondría e intento de suicidio.
<i>Tótem y tabú (1913)</i>	Sobre dinámicas y fantasmáticas culturales y la estructuración de los sujetos, desde el hombre primitivo a los neuróticos: “Horror al incesto”, “El Tabú y la ambivalencia a los sentimientos”, “Animismo, magia y omnipotencia de las ideas”, y “Retorno infantil al totemismo”.
<i>De la historia de una neurosis infantil (1918 [1914])</i>	Estudia el caso de Sergei Pankéyev -el Hombre de los lobos-: la evolución de la sintomatología neurótica obsesiva, fobias, perversidades infantiles y el enlace de estas características.
<i>Lo ominoso (1919)</i>	“Lo siniestro se da, frecuente y fácilmente, cuando se desvanecen los límites entre la fantasía y la realidad; cuando lo que habíamos tenido por fantástico aparece ante nosotros como real; cuando un símbolo asume el lugar y la importancia de lo simbolizado...”; ejemplificado en el concepto de Schelling de “Unheimlich”, el cuento “Der Sandmann”, el Döppelganger y Fausto.
<i>La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis (1924).</i>	“La neurosis no niega la realidad, se limita a no querer saber de ella”, como reacción ante la represión fallida en el conflicto con la realidad externa; “la psicosis la niega e intenta sustituirla”, como influjo dominante del Ello.
<i>Malestar en la Cultura (1929 [1930])</i>	Sobre el desarrollo del sujeto de la estructuración de la interacción entre su realidad interna y realidad externa, ejemplificado en la construcción de los sentires relacionados con la religiosidad como el “sentimiento oceánico” y el sacrificio.

Pelrosso (2001), define la psicosis como: “Trastorno primario de la relación libidinal con la realidad por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista con tentativas posteriores de reconexión objetal”.

En el proceso de retracción de las cargas de objeto o el incremento de la libido narcisista, el anhelo de la psicosis sería el de reproducir un estado similar a la simbiosis primaria, en donde no existe ni la necesidad de reconocer ni de desprenderse del objeto, creando una fijación generalmente referida a la oralidad, en un ciclo repetitivo en búsqueda de la completud del deseo como tendencia a la pulsión de muerte, pues cuando es completo el deseo en lo Real, ya no hay más deseo, solo la eternidad/muerte, representada en la vivencia de los comportamientos destructivos y el suicidio.

La construcción de la relación libidinal con la realidad está conformada por la serie de vivencias que estructuran la dinámica entre el sujeto y la otredad, fundamental y tempranamente elaborados con la relación materna y posteriormente consolidados en la resolución del conflicto edípico, marcado ya sea con frustrantes, gratificadores o contundentes huellas, significantes y significados -Esquema 1.2.2.4-.

Esquema 1.2.2.4.- Esquema breve relativo a la diferenciación en la estructura psicótica y la no psicótica propuesta por Otto Kernberg (Gomberoff, 1999).



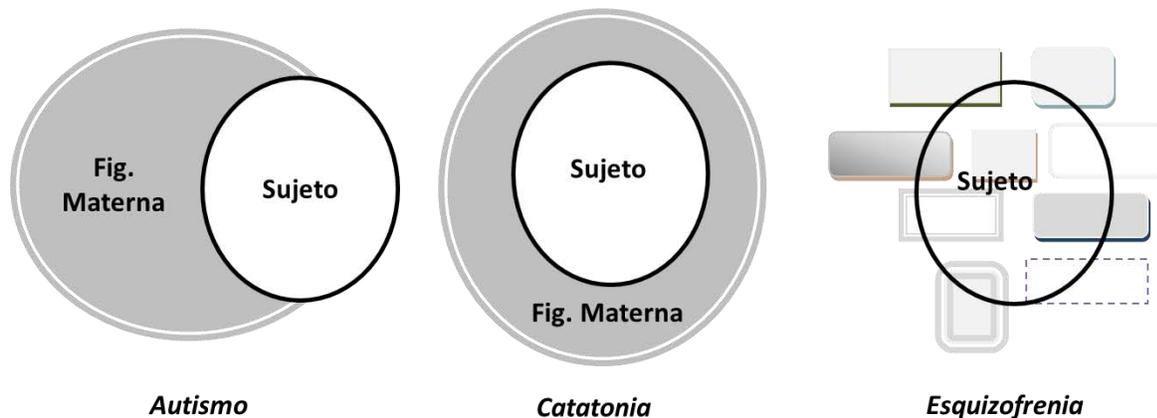
Distintos autores han abordado desde la psicodinámica y el psicoanálisis la estructura psicótica y su fenomenología. Pelorosso (2001) describe los principales abordajes como:

- **Teoría de la regresión.-** Descrita por Freud y Abraham, refiriéndose a la etapa oral caracterizada como preambivalente, narcisista y anobjetal.
- **Teoría de la desintegración:** La explica como una regresión, pero también como la no integración del Yo, o su disociación conducida hacia el dominio del Ello como escape de la persecución Superyóica.
- **Teoría de la disociación.-** Regresión a la etapa esquizo-paranoide, articulado por Melanie Klein como un estadio primario en el cual existe una dinámica de

idealización odio/amor con respecto a ese "pecho bueno" que nutre, da calor afectivo y es presente; y ese "pecho malo" que es frío, distante y presente en la ausencia. Ambos vigilantes, en la persecución y alejamiento típicos de lo paranoico, pero también de lo amoroso.

- *Teoría de la fragmentación o "splitting".*- Regresión a la etapa esquizoparanoide anómala "caprichosa".
- *Teoría de la indiferenciación.*- Regresión a una organización primitiva con falta de discriminación.

Esquema 1.2.2.5.- Esquema breve relativo a la dinámica estructural entre el sujeto-Figura Materna, en el Autismo, Catatonia o Esquizofrenia (Fromm-Reichmann, 1954).



Los estudios en el fenómeno de la delincuencia juvenil de August Aichhorn, los estudios sociológicos de Kurt Lewis y la Teoría de la Disociación kleiniana llevaron la terminología psicoanalítica a profundizar en el estudio de la psicodinámica grupal, con trabajos como el de Bion, Didier Anzieu, René Kâes, Pichon Rivière, entre otros. Diversos estudios y casos clínicos grupales e individuales fueron desarrollados para la investigación y el tratamiento en la sintomatología psicótica, considerando como uno de los puntales la descripción del grupo como una corporalidad imaginaria/simbólica integrada y desintegrada por sus miembros, que interaccionan bajo una dinámica que

va y regresa por los estadios esquizo-paranoico, depresivo y de reparación de un momento a otro.

La sintomatología esquizofrénica desde la psicodinamia describe los siguientes rasgos (Pelorosso, 2001):

- Imagen corporal propia le aparece siempre troceada, referida consciente o inconscientemente.
- Muestra confusión entre significante y significado, creando neologismos y frases en el delirio como intento reiterativo y fallido del acceso a lo simbólico.
- Triángulo edípico fundamentalmente perturbado, sustituyendo a las figuras parentales con identificaciones proyectivas narcisistas y/o fantásticas/fantasmáticas.
- Manifiesta una bisexualidad menos virtual, al fracasar la diferenciación entre lo femenino y lo masculino, incluso entre lo hombre y lo mujer.
- Equivalencia entre el nacimiento y la muerte, el nacimiento es una muerte y la muerte un nacimiento.

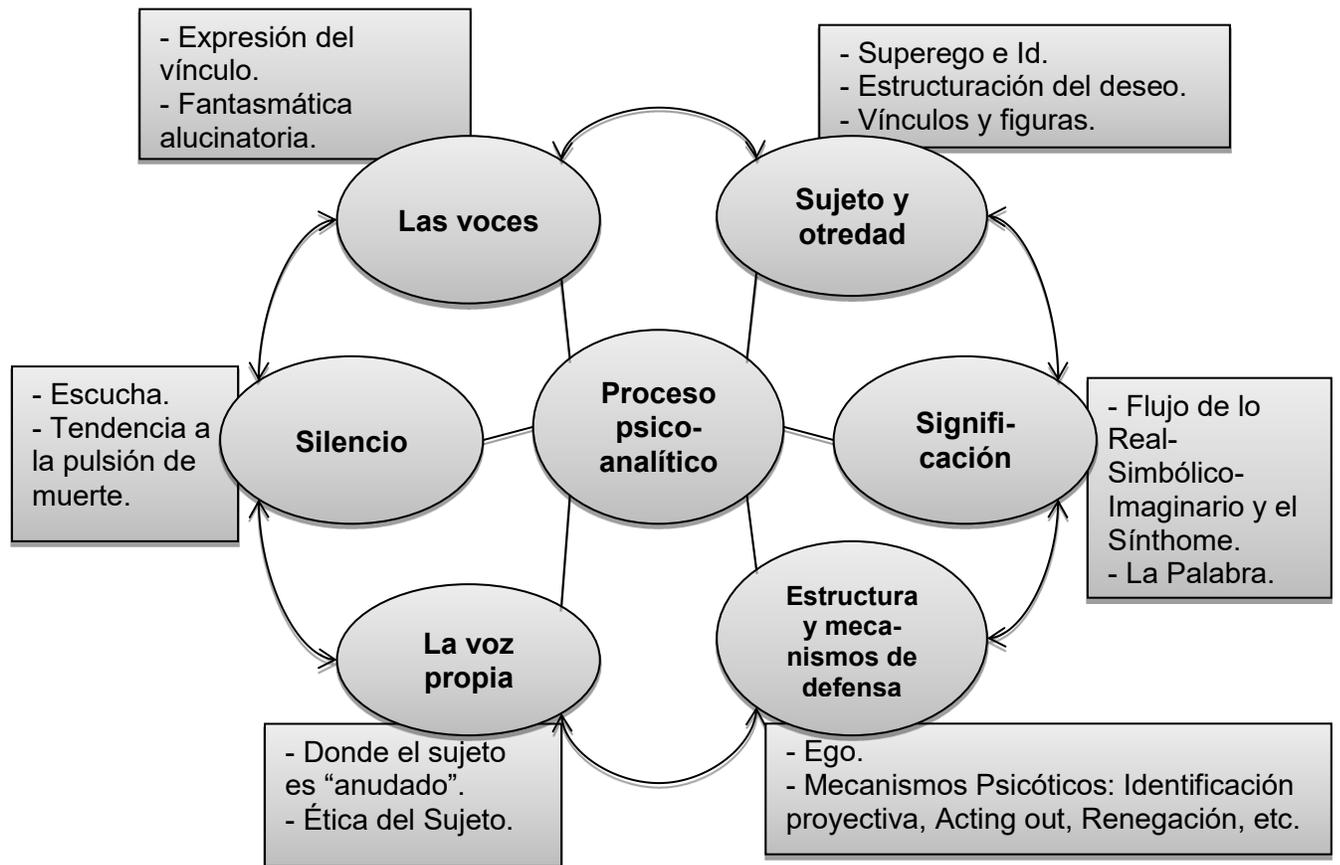
Respecto al término que Lacan denomina El Deseo De la Madre - Freud refiere en cambio a El Deseo Por la Madre-, tiene su función para el niño (El término Falo equivale a Niño, como representante fantástico ante la Falta en el deseo) en la libidinización para constituirlo como sujeto, lo cual tiene puntos críticos descritos en el estadio del espejo y en el complejo edípico (Dor, 1991).

Sin embargo, este deseo puede ser “devorador” del niño sin la intervención de un padre que evite esa devoración. La forma que tiene el niño de liberarse de esta devoración es mediante el deseo sexual del padre hacia la madre, que encausa el goce femenino, el deseo, hacia el hombre y soltando al niño como objeto de goce (Dor, 1991). Esta función paterna es la perduración transgeneracional de la ley/corte/límite.

La técnica psicoanalítica buscaría reconstituir la desestructuración del sujeto mediante la concientización progresiva de la estructuración del mismo con sus vínculos expresados, ante la búsqueda de la verdad del sujeto, por y para el sujeto, considerando que no se encontrará como tal, solo marcas que surgen en la escucha y

reflexión del espejo analista/analizante, que en su ambigüedad permitirán poder develar el deseo y consolidar así una ética que responsabilice de la historia propia, sus consecuencias y resonancias en la interacción sujeto-otro.

Esquema Resumen Teoría Psicogénica



1.2.3 Teoría Sociogénica

Recuerdo haber pensado que los esquizofrénicos son los poetas estrangulados de nuestra época. Quizás para nosotros, que deberíamos curarlos, ha llegado el tiempo de sacar las manos de sus gargantas. D. Cooper, Psychiatry and Anti-Psychiatry, London, Tavistock Publications, 1967.

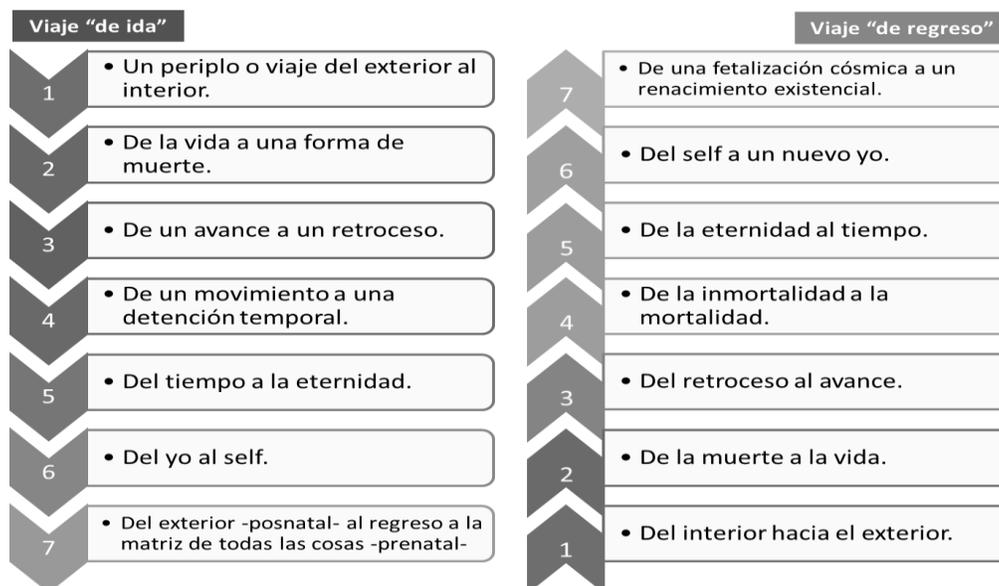
Ronald Laing abrevó en distintas fuentes: psicoanálisis de D. Winnicott, fenomenología de E. Minkowsky, culturalismo de H. S. Sullivan, la psiquiatría de M. Bleuler, la teoría de la comunicación de G. Bateson, la filosofía de J. P. Sartre, F. Nietzsche, S. Kierkegaard y M. Heidegger. En 1960 publicó "El yo dividido" y en 1965 fundó la "Philadelphia Association" orientada a crear lugares "antipsiquiátricos" donde recibir apoyo y recuperar la autenticidad de su yo, mediante la Metanoia-arrepentimiento, pena, conversión, transformación espiritual-. Uno de los más representativos fue Kingsley Hall. La corriente antipsiquiátrica inglesa se enriqueció de los postulados de T. Szaz en los Estados Unidos y de F. Basaglia en Italia (Laing, 1964, en Stagnaro [comp.], 1998).

Para Laing, Esquizofrenia es la etiqueta de un sujeto en un proceso crítico "tal vez natural" de redescubrimiento, quien ha iniciado su carrera en la "psiquitriosis", un lugar asignado y comandado por un personal médico, quien ahora es responsable de él y de sus circunstancias. Los pasos de tal proceso:

"...Ritualístico de iniciación, a través del cual la persona sería llevada al espacio-tiempo interno, acompañada junto con el aliento y las medidas sociales, por personas que ya hayan regresado. Pacientes acompañados por ex-pacientes" (Laing, 1964, en Stagnaro [comp.], 1998).

Dichos pasos están descritos en la Tabla 1.2.3.1 que a continuación se presenta.

Tabla 1.2.3.1.- Proceso "Ritualístico de iniciación" para el sujeto en el proceso crítico de la Esquizofrenia, descrito por Laing, 1964, en Stagnaro [comp.], 1998.



Cooper (1975) describe al Hospital psiquiátrico como un instrumento con la finalidad de exclusión y segregación. Basaglio en Italia luchó por desaparecer manicomios, y a partir de esta perspectiva de acción se realizó la creación del enfoque de red de comunidades inglesas donde se busca un profundo respeto por los individuos y toda su experiencia, incluida la psicótica, que en lugar de ser sofocada o bloqueada con fármacos o electroshocks –como se comprueba en las instituciones psiquiátricas tradicionales– se ve favorecida una toma de conciencia de la propia interioridad perdida y como un natural proceso terapéutico hacia una nueva integración de la persona.

“El rol típico desempeñado por el psiquiatra del Establishment rotula como enfermo el comportamiento de individuos, políticamente débiles, que perturba a personas políticamente más fuertes. La profesionalización del control social crearán los más potentes instrumentos para la represión política de la historia del mundo, la capacidad de anticipar y controlar el comportamiento desviado antes de que se produzca” (Matthew Demont, en Cooper, 1975).

Otra corriente protagonista en la postura antipsiquiátrica, que rechaza la concepción de salud y enfermedad en contraposición del término homeostasis, es la Psicoterapia Gestalt, propuesta por Fritz Perls, analizante por Wilhelm Reich y Karen Horney. Basada en la fenomenología de Husserl y el existencialismo-humanismo de Sartré y Heidegger, así como distintas corrientes orientales de pensamiento como el Zen o el

Tao; retoma los conceptos de forma, fondo y el fundamento de la Psicología Gestalt: "el todo es más que la suma de las partes", para estructurar un modelo de tratamiento reasignificatorio -o terapéutico- basado en la vivencia del Self, o "sí mismo", el Yo imaginario autenticado por la sensopercepción corporal definida en nociones que pueden ser o no ser simbolizadas; buscando su ubicación en el aquí y el ahora consciente mediante la experiencia del Awareness, el "darse cuenta" por parte del Cliente de tal "sí mismo". Carl Rogers aporta la dinámica grupal Gestaltista no directiva, donde el grupo fluiría para desarrollar a cada cliente a ser una persona con características humanas no más allá de otro ser humano, donde la teoría y el saber previo son inútiles, y la palabra dicha ha de comprobar: "...sentimientos auténticos, voluntariamente disimulados o inconscientemente reprimidos" (Anzieu, 2007).

Posterior a la experiencia antipsiquiátrica derivada de proyectos como Kingsley Hall, el cual duró de 1965 a 1970, se continúan desarrollando otros espacios de encuentro alternativo a la hospitalización psiquiátrica más difundida. Entre ellos destacan:

Proyecto Soteria California.- Diseñado a partir de la experiencia en el Philadelphia Association's Kingsley Hall (Mosher, 2006).

"Tenía como objetivo dar con una comprensión y un significado común de la experiencia subjetiva de la 'esquizofrenia' -el término operante era 'crisis personal o de desarrollo', incluyendo la experiencia de otras personas implicadas en el proceso interactivo. Era más un hogar dentro de la comunidad que un hospital, operado con personal no profesional especialmente seleccionado y formado para convivir con la psicosis y enfrentarse a ella sin ideas preconcebidas, etiquetas, categorías, juicios o la necesidad de 'hacer algo' para cambiar, controlar, suprimir o anular la experiencia de la psicosis".

Eran necesarias algunas restricciones contextuales como:

- No hacer daño.
- Tratar a todo el mundo, y esperar ser tratado con dignidad y respeto.
- Garantizar retiro, calma, seguridad, apoyo, protección, contención y validación personal.
- Garantizar comida y alojamiento.
- Y, lo más importante, la atmósfera debía estar impregnada de esperanza respecto a la recuperación factible de la psicosis sin fármacos antipsicóticos.

Después de dos años de labor, "el entorno del programa Soteria resultaba tan potente como los fármacos antipsicóticos para la reducción de los síntomas agudos" (Mosher, 2006).

Proyecto Soteria Berna.- Desde 1984, por Luc Ciompi y colaboradores, el cual funcionaba bajo un diseño sistematizado de cuatro fases para la recuperación, mediante un personal conformado mayoritariamente por personal de enfermería. Así mismo se planteaba desarrollar una teoría explicativa para la esquizofrenia, y la mayor parte de los pacientes recibían una medicación neuroléptica en dosis baja en el periodo adaptativo. Sus resultados fueron parecidos al proyecto Soteria California, dando cuenta que un entorno social mejor organizado puede eliminar prácticamente la necesidad de incorporar medicación en el tratamiento de psicosis aguda.

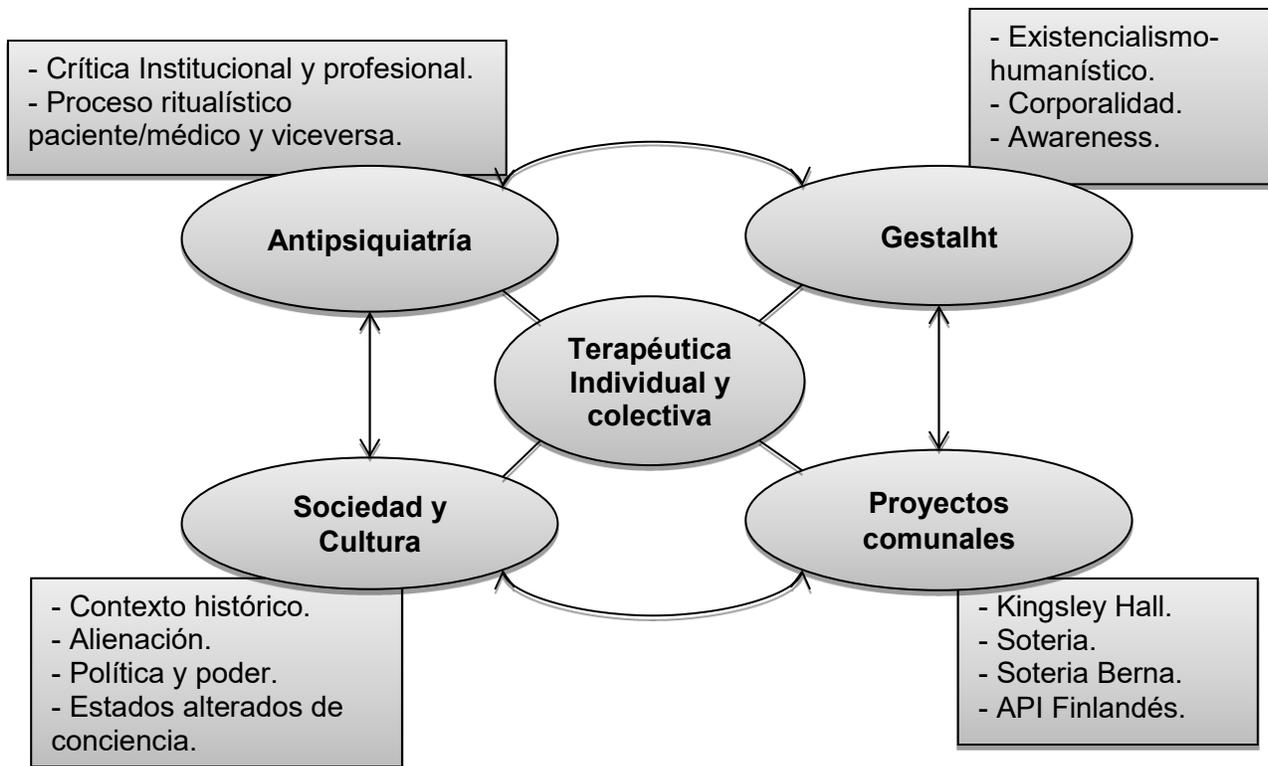
Proyecto API Finlandés.- Sistema de asistencia adaptado a las necesidades o integrado. "Pasó de estar centrado en una psicoterapia de hospital a ser un sistema de intervención en crisis familiar orientado al paciente externo y a las visitas a domicilio" (Mosher 2006), atendido por personal con formación muy profesional en psicoterapia individual y psicoterapia familiar, y con medicación durante un periodo inicial de evaluación. Sus principios eran:

- Las actividades terapéuticas son planificadas y llevadas a cabo de manera flexible e individual para atender las necesidades reales del paciente y su familia, esto tiene lugar en un contexto en el cual el paciente, otras personas significativas y un equipo específico de psicosis, elaboran conjuntamente una interpretación común de las experiencias e hipótesis que van surgiendo en las reuniones.
- En el examen y el tratamiento impera una actitud psicoterapéutica, en un intento de entender qué está pasando con todas las partes implicadas.
- En las diferentes actividades terapéuticas unos y otros deben complementarse, no competir. El equipo de trabajo es clave.
- La continuidad de la implicación por parte del mismo equipo debería mantenerse tanto tiempo como fuese necesario.

Las observaciones aún vigentes de Frank (1972, en Mosher, 2006) de porqué funcionan tales programas son:

- La presencia de lo que se considera un contexto de curación.
- El desarrollo de una relación de confianza con un asistente.
- La evolución gradual hacia una explicación causal plausible de la razón por la que el problema en cuestión se ha desarrollado.
- Las cualidades personales del terapeuta generan expectativas positivas.
- El proceso terapéutico proporciona oportunidades para tener experiencias con éxito.

Esquema Resumen Teoría Sociogénica

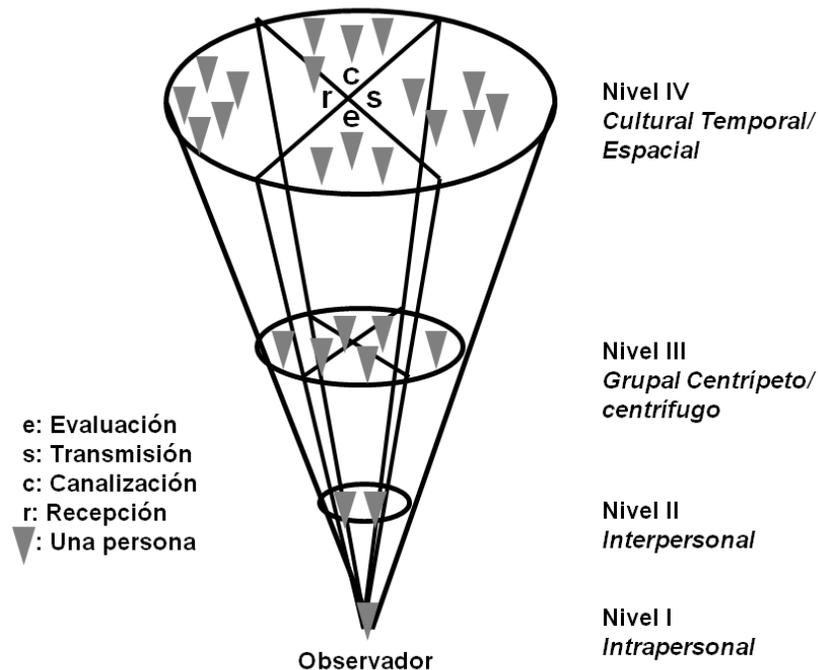


1.2.4 Teoría vinculogénica

Sugiero que en lugar de suponer que no existen esquizofrénicos, resulta mucho más simple suponer que todos somos esquizofrénicos [...] El único problema es que la mayoría de nosotros no tiene las agallas suficientes para ser esquizofrénicos, excepto durante la noche, cuando estamos profundamente dormidos, e intentamos olvidarlo a la mañana siguiente.
Carl Whitaker, en Belger (1993).

Bateson y sus colaboradores desarrollaron la teoría de la comunicación basada en la teoría de las comunicaciones de Russel, identificando cuatro niveles en el proceso: I) Intrapersonal; II) Interpersonal, de uno a uno; III) Grupo, con mensaje centrípeto –de muchos hacia uno-, o centrífugo- de uno hacia muchos-; IV) Cultural, De muchos hacia muchos, temporal o espacialmente ligados –Esquema 1.2.4.1- (Bateson y Ruesch, 1965).

Esquema 1.2.4.1.- Esquema de la teoría de la comunicación de Bateson y Ruesch (1965).



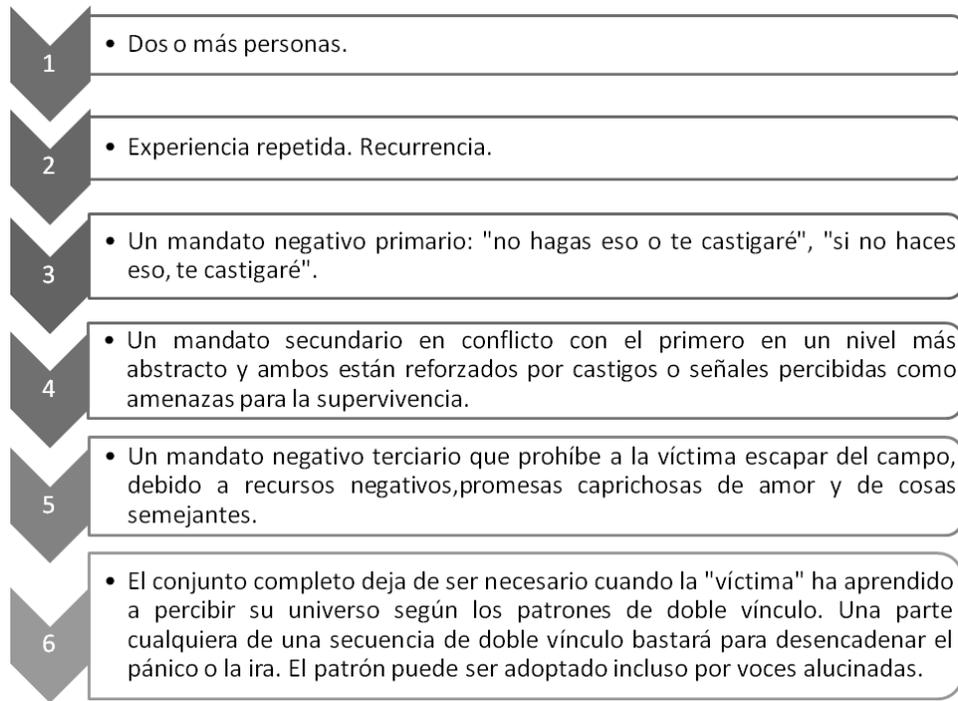
De ella se desprenden los siguientes postulados planteados por Don Jackson, Janet Beavin y Paul Watzlawick en 1967 en el Mental Research Institute de Palo Alto:

- *Es imposible no comunicar*, la conducta es comunicar y no hay algo contrario a ella.
- *La comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional*, por lo que tal relación clasifica al contenido y surge una metacomunicación.
- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes*, y por puntuación es referida la intención del significado dado al mensaje/conducta.
- *Nos comunicamos tanto de manera digital*, no verbal, *como analógica*, verbal.
- *Los intercambios comunicativos son simétricos o complementarios*, puesto que hay una reciprocidad entre los aparentes extremos de diferencia.

El desarrollo de la sintomatología se presentaría por padres que no se comunican con sentido, mensajes confusos y ambivalentes, atmósfera familiar donde la sobreprotección y el control excesivo son la norma (Belger, 1993).

En el efecto *Doble Vínculo* el individuo participa en una relación intensa, donde se siente que es de vital importancia para él distinguir con exactitud qué tipo de mensaje se le está comunicando, para poder responder de manera adecuada. El individuo está atrapado en una situación en la que el otro miembro de la relación está expresando dos clases de mensaje, uno de los cuales niega al otro. Es incapaz de comentar los mensajes que le están siendo expresados para corregir su discriminación de la clase de mensaje a la que debe responder; es decir, no puede hacer una declaración metacomunicativa decayendo en una comunicación paradójica (Belger, 1993) –Tabla 1.2.4.2-.

Tabla 1.2.4.2.- Principales características en el proceso dinámico del Doble Vínculo (Belger, 1993).

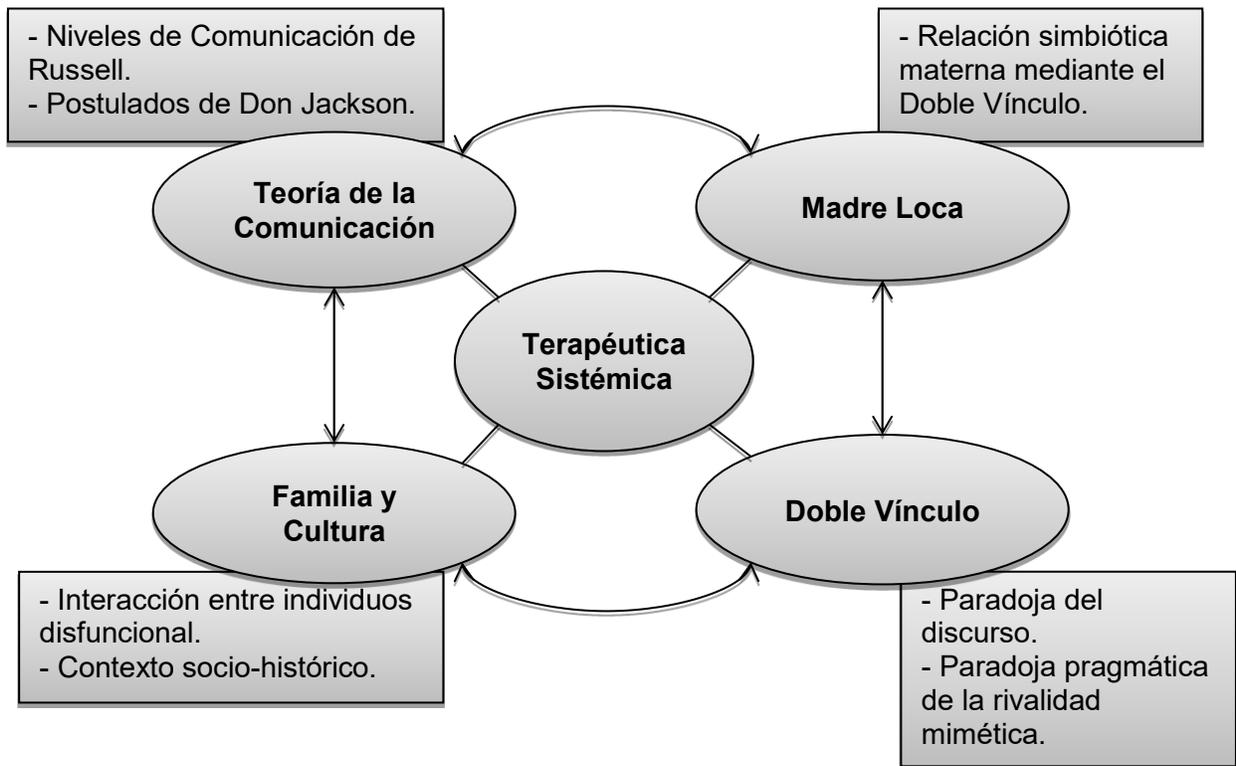


Según Bateson y otros (1956, en Belger, 1993), la madre retiene al niño con odio en la simbiosis mediante los mandatos de tipo doble vínculo, es decir, que el niño se siente condenado si hace algo, pero también si no lo hace, si dice algo pero también si no lo dice. Mencionan que una razón aún más decisiva para el mantenimiento de la simbiosis hasta al adultez cronológica del hijo consiste en el sacrificio, básicamente amoroso y leal, de la propia individualidad del esquizofrénico con el propósito de preservar el equilibrio inestable de la personalidad materna. El hijo percibe que el funcionamiento enfermo de su propia personalidad se ensambla con el de la madre de tal modo que le permite a ésta sobrevivir, y los padres interactúan casi sin ninguna coordinación o incluso con una coordinación de tipo antagónico. A un nivel intrapsíquico, las introyecciones que el niño hace de la madre no se pueden integrar bien con las introyecciones correspondientes al padre. Estas características dinámicas en conjunto son denominadas como el vínculo materno de "*Madre Loca*".

René Girard retoma el concepto paradójico de *Doble Vínculo* en conjunto con la etología. Menciona que la relación paradójica contenida en el Deseo, portador del móvil

de los seres humanos, es expresado pragmáticamente en la rivalidad mimética generalizada; una crisis diferencial entre los sujetos donde al construir una relación de dominio el sujeto dominante es imitado, mimetizado, por el resto hasta un punto en el cual se convierten en un “Doble” –no necesariamente relacionado con el *Doppelgänger* freudiano-, surgiendo una rivalidad primitiva crítica existencial de la cual no podrían sobrevivir ambos “Dobles”, ritualizando el sacrificio en el grupo de pares (Parrilla, 2015).

Esquema Resumen Teoría Vinculogénica



1.3 Tratamiento de la Esquizofrenia

El tratamiento clínico del sujeto con diagnóstico de Esquizofrenia en México deriva de la introducción de modelos de atención psiquiátricos a inicios del siglo XX con la construcción del Manicomio General de la Castañeda en 1910, que proponía introducir teorías y metodologías de vanguardia por alumnos de Pinel y otros e incluye las “granjas de recuperación para enfermos mentales pacíficos” iniciadas en 1945 en los alrededores del área metropolitana. Con la demolición de “La Castañeda” en 1968 y ante los cambios socioculturales de la época se derivó la atención en la llamada “Operación Castañeda” a hospitales psiquiátricos como el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez fundado en 1967 y posteriormente el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, creado en 1979, cuyo diseño busca alejarse de las prácticas manicomiales integrando actividades de rehabilitación, un trato basado en códigos éticos y legales congruentes con la discusión internacional sobre los Derechos Humanos y congruente con el avance del conocimiento y sus praxis.

En este apartado se mencionarán los actuales niveles y espacios de atención, como la hospitalización, hospitalización parcial, rehabilitación y acompañamiento terapéutico; así como un marco ético y legal que rige el actuar profesional en Salud Mental en México.

1.3.1 Marco institucional

La atención del diagnosticado con sintomatología psicótica en las instituciones públicas y privadas en México está basada en la implementación del Modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental, propuesto por la Secretaría de Salud, la Fundación para la Rehabilitación para personas con Enfermedad Mental IAP y los gobiernos estatales, organizada por dos instancias: el Consejo Nacional de Salud Mental CONSAME, quien regula y sanciona la atención, prevención y rehabilitación; y el Servicio de Atención Psiquiátrica SAP, que brinda atención médica especializada, vinculación institucional y participa en procesos normativos en materia de atención psiquiátrica (SSA, OPS y OMS, 2011). Busca eliminar el sistema de asilos o granjas creando villas de atención y casas de medio camino, cuyo modelo nace al cerrar sus

puertas el Hospital Psiquiátrico Ocaranza en Pachuca, Hidalgo, trasladando la atención a su población a Villa Ocaranza y a dos casas de medio camino, el 21 de noviembre del 2000 (Cruz, 2002; en Sandoval y Richard, 2006).

Tabla 1.3.1.1.- Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México en la atención al sujeto diagnosticado con alguna enfermedad psiquiátrica; utilizando el instrumento de Evaluación para sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS, 2011).

Informe sobre Sistema de Salud Mental en México	
*27% de las enfermedades totales.	*El 2% del presupuesto en Salud está dirigido al 80% de los hospitales psiquiátricos.
* Puede derivar en suicidio, una de las 3 principales causas de mortalidad en población de entre 15-35 años.	**50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años.
*Los principales diagnósticos en hospitales psiquiátricos son: 27% trastornos afectivos, 24% esquizofrenias, 16% psicopatologías orgánicas y epilepsias.	*1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermera, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 técnicos profesionales de salud por cada 100,000 habitantes.
*50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años.	*24.7% de los adolescentes sufren de trastornos mentales.
*544 establecimientos ambulatorios que atienden 310 usuarios por cada 100,00 hab., en los cuales 27% son niños y adolescentes.	* 46 hospitales psiquiátricos que atienden 47 usuarios por cada 100,000 hab., de los cuales 6% son niños y adolescentes.
*Del 0.7% al 1.7% de la población mundial es diagnosticada con algún tipo de Esquizofrenia.	*24 días es el promedio de hospitalización, de la población permanece hospitalizada: 58% un año, 31% más de 10 años, 7% de 5 a 10 años y 4% de 1 a 4 años.

En la atención de los trastornos mentales se realizan acciones “necesarias para proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la promoción, prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011). En México esta atención se divide en tres niveles:

Primer nivel de atención: Otorgada por los servicios de Salud Pública del Distrito Federal, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Gobierno del Distrito Federal, el Instituto de Asistencia e Integración Social, las Delegaciones y cualquier otra institución de Gobierno que preste algún servicio de salud a la población en general.

Segundo nivel de atención: Atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud. En el 2007 se crearon las unidades especializadas de atención -544 establecimientos ambulatorios-, un: "modelo comunitario de atención ambulatoria dada por equipos multidisciplinarios considerando necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de los usuarios" (SSA, OPS y OMS, 2011).

Tercer nivel de atención: Atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las Unidades Médicas de Especialidades dependientes de la Secretaría de Salud Federal. En la República Mexicana se localizan 46 Hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales privados (SSA, OPS y OMS, 2011).

Tabla 1.3.1.2.- Niveles de atención en Salud Mental y acciones institucionales (Escamilla y Saracco, 2013).



También existen organizaciones civiles formadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, como Voz Pro Salud Mental, conformada por 5173 pacientes y 8075 familiares al 2011, Asociación Familiares y Pacientes Esquizofrénicos Co´Mente y la Fundación Cultural Federico Hoth (SSA, OPS y OMS, 2011).

En el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales psiquiátricos, donde se brinda desglosada en cuatro principales espacios de acción: Emergencias; Hospitalización; Rehabilitación; y Servicios Ambulatorios, de Hospital Parcial u Hospital de Día.

1.3.1.1 Hospitalización

En Emergencias se reciben, evalúan, dan labor de contención dentro de los límites médicos y psicológicos permitidos, diagnostican y redirigen u hospitalizan a todas aquellas personas que así se llegue a decisión por el personal de salud, los familiares o tutores, autoridad legal y/o el involucrado mismo.

Como lo especifica el artículo 50 de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal: “El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011), bajo los procedimientos siguientes:

- *Ingreso voluntario*: bajo la indicación del médico tratante y la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o representante legal.
- *Ingreso de emergencia*: Presentado “en el caso de personas con trastornos mentales severos que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011). También es necesaria la indicación del médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En extrema urgencia, es posible el internamiento por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria, y el usuario deberá ser informado en cuanto sea posible acerca de su situación de ingreso siendo entonces, en el caso, que cambie su condición de internamiento a ingreso voluntario.

- *Ingreso por orden de autoridad*: la cual ocurre cuando “lo solicita la autoridad competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011).

Este internamiento sólo puede efectuarse cuando el tratamiento no pueda aplicarse en forma ambulatoria o domiciliaria y previo dictamen de los profesionales acreditados por la Secretaría de Salud.

1.3.1.2 Hospital de día y rehabilitación

En el área de rehabilitación se realizan procedimientos y actividades enfocadas a la evolución del trastorno y a la calidad de la interacción interpersonal, el desempeño de la vida cotidiana y el mejoramiento de su calidad de vida para su actuar activo y autónomo en comunidad. En general se hacen actividades de talleres laborales, artísticos, deportivos y dinámicas grupales e individuales. Se realizan tales actividades conjuntas con un tratamiento médico y psicoterapéutico intensivo e integral.

En los Servicios Ambulatorios, también llamados de Hospital Parcial u Hospital de Día, se realizan tanto actividades de rehabilitación, como tratamiento psicoterapéutico y médico, con el objetivo de ser una transición entre la vida cotidiana del paciente, sus familiares, contexto social-laboral y la hospitalización, llevando un monitoreo y supervisión de los pacientes mientras éstos vuelven a sus actividades diarias normales, además de optar por una mejora en su calidad de vida.

1.3.1.3 Acompañamientos terapéuticos

También llamado Sombra, es un dispositivo que permite sostener la continuidad de tratamientos ambulatorios, en casos en los que a la persona o a los familiares se les dificulte hacerlo por cuenta propia y cuando los profesionales tratantes evalúen la necesidad. Consiste en la presencia constante de un profesional con entrenamiento en el tratamiento psicológico clínico acompañando al paciente en sus actividades cotidianas, ya sea en hospitalización o no. Pueden ser acompañamientos parciales o con duración de 24 horas, donde un equipo se alterna en coordinación con un

psicólogo o psicoanalista del paciente, un psiquiatra y un profesional de enfermería en casos que lo requieran.

Los objetivos de dicho dispositivo son basados en restablecer el Lazo Social (Macías, 2013), poder reintegrarle en su vínculo con la otredad, así como seguir programas de adherencia terapéutica, de rehabilitación, psicoeducativos, actividades cotidianas y recreativas.

1.3.2 Marco ético

En la búsqueda del entendimiento de una enfermedad y poder determinar la eficacia de ciertos procedimientos, es necesario especificar las obligaciones de protección a los derechos y al bienestar de los sujetos humanos involucrados; basadas en los principios éticos, morales y legales que correspondan. Debido a la naturaleza de los trastornos psicóticos, sólo pueden ser investigados en su origen, el ser humano.

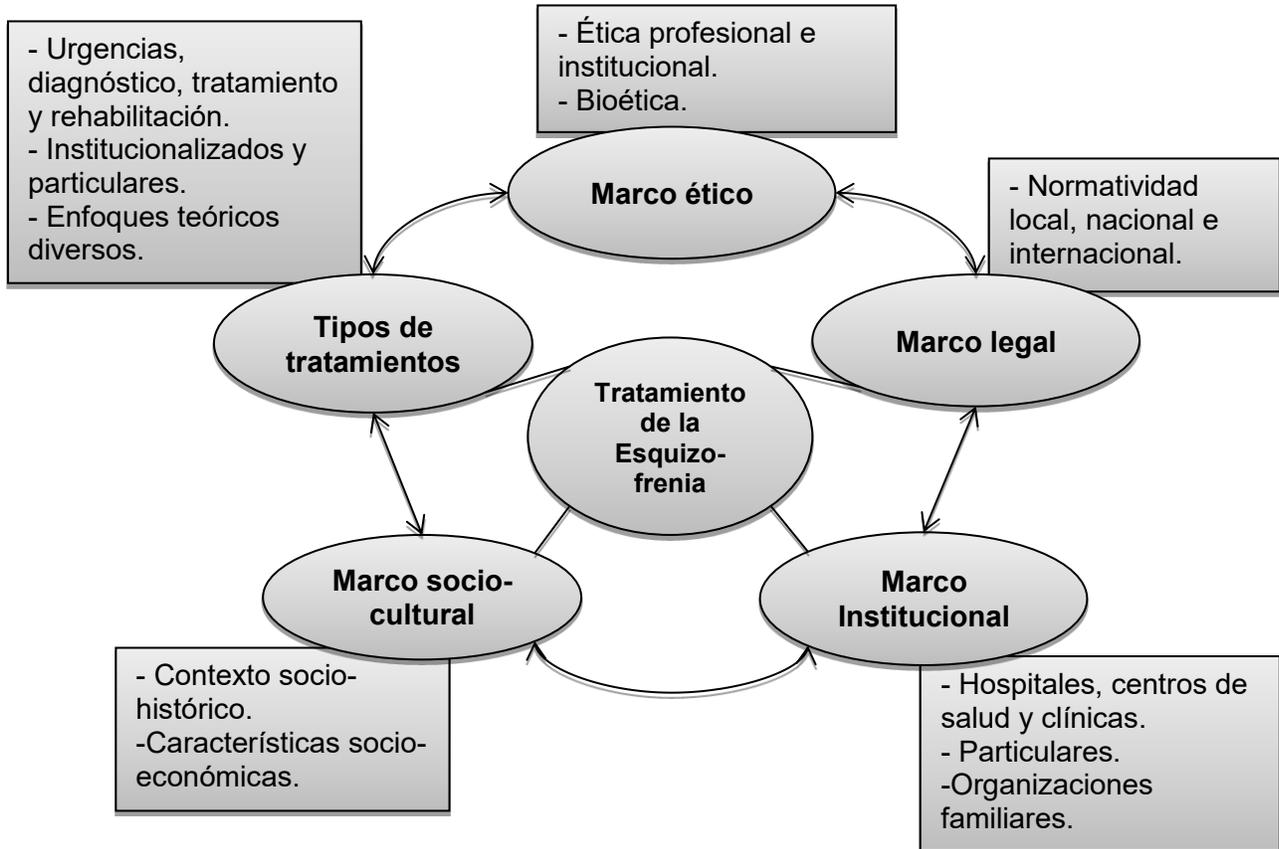
Basados en la Norma General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (en sus siglas en inglés DHHS) para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación, legislación que pertenece al Código de Reglamentos Federales de los EE. UU. (Department of Health and Human Services, 2009); el Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979); el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 1983); La Ley General de Salud (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 1984); y La Ley General de Salud Mental del Distrito Federal (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011); son fundamentales las siguientes acciones:

- Proceder en congruencia con los principios éticos básicos de honestidad, confianza, respeto, beneficencia, justicia individual y social.
- El respeto consta del trato como individuos autónomos por parte de cualquier otro individuo, además del derecho a protección hacia aquellas personas con autonomía disminuida.

- Por beneficencia se entiende la obligación de incrementar, supervisar e informar en lo oportuno los beneficios y reducir al mínimo posible los riesgos físicos, psicológicos, sociales, legales y económicos.
- Por justicia, la selección, inclusión y trato equitativo e imparcial de y a los participantes sin discriminación de algún tipo, siendo respetado en todo momento su decisión de no participar cuando así lo decidan, sin coerción alguna durante la duración de toda actividad.
- Garantizar el Riesgo Mínimo para los participantes, esto es, que la probabilidad y la magnitud del daño o el malestar previsto en la investigación no son superiores a los que se encuentran en la vida diaria o en el curso de un examen o prueba física o psicológica normal.
- Proteger la información obtenida y la privacidad de las personas, por medio del anonimato y codificación de datos, en cualquier aplicación psicométrica, registro, actividad y procedimiento de tal manera que se guarde la confidencialidad de los participantes anulando cualquier riesgo que le perjudique en su condición financiera, condición laboral, condición educativa, su buen nombre o riesgos que impliquen alguna responsabilidad verosímil civil o penal.
- Todo procedimiento y objetivo será divulgado a los participantes en el momento propicio, resolviendo cualquier pregunta acerca de estos en lo pertinente.
- Monitoreo y supervisión continua de las acciones por parte del personal de salud en el cumplimiento del marco ético aquí descrito.

Ya que la participación en la investigación sólo deberá involucrar riesgos mínimos y no se afecta desfavorablemente los derechos y el bienestar de los sujetos, además de la divulgación de cualquier información adicional después de su participación, el consentimiento informado será dado por escrito a todo aquel que así lo solicite, cumpliendo con los aspectos fundamentales de voluntariedad, comprensión y divulgación.

Esquema Resumen Tratamiento de la Esquizofrenia



2. Música y Clínica



2. Música y clínica

En el presente capítulo partiendo de las generalidades de qué implica el concepto de música y la experiencia musical, se mencionan las relaciones aplicadas y teorizadas con la actividad artística musical y la atención clínica psiquiátrica.

2.1 Música

*Lo bello es el comienzo de lo terrible que todavía podemos soportar.
Rainer María Rilke.*

La música se define como el arte organizado de los sonidos y los silencios. El orden inicia de un *pulso*, un latido de variable velocidad, el cual surge de sonido y silencio simultáneos, indicando patrones aparentes que al ser reconocidos se denominan *ritmo*. Con el surgimiento del ritmo y la introducción del reconocimiento de tonos se crean frases: el discurso que conforman se determina *melodía*. La sintaxis en la gramática musical expresada entre discursos/melodías simultáneas y presente también en la lógica de los intervalos sonoros, se definirían en el término *armonía*. La semántica expresada en la gramática combinada entre los elementos de *pulso*, *ritmo*, *melodía* y *armonía* se reunirían en la *musicalidad*, donde el mensaje ya es interpretado en la relación entre intérprete y escucha, desarrollándose en una acústica específica en un determinado tiempo espacio donde fluyen distintos contextos históricos tanto individuales como colectivos.

¿Cuándo surge la música? En ése silencio aparente, o en el ruido blanco, o gris, o del color que sea, en el vacío y la indescriptible falta, surge a partir de que un alguien da sentido a él, o da cuenta de algún elemento, diferenciándolo del resto, del nombrado ruido o silencio. Le reconoce y le da existencia. Ese orden de sonidos y silencios (pausas, respiros) es música cuando es reconocida por un sujeto, y al relacionarse con el objeto ahora musical, crea una relación simultánea, que le puede trascender en cuanto encuentra en ésa conexión un brillo que le recrea, le reasignifica o le da vida a lo ya muerto u olvidado, convirtiéndole en un objeto musical artístico. Tal relación ocurre en un medio/instrumento, ya sea –por lo menos- el ejecutor de los sonidos, el medio ambiente en el que se propaga o el instrumento receptor, un instrumento musical

externo o incluso el cuerpo humano mismo, junto con el conjunto cognitivo y orgánico que alberga a nuestros sentidos. Y si ahí encuentra existencia, entonces hay esencia.

En la relación de la construcción de ser y estar en, por y para los mundos externo e interno se encuentra verdad y realidad permeados por el velo de la educación, el supuesto saber, e incluso el arte. Y la herramienta que da luz consciente a tales sentidos en la significación siempre limitada es la palabra que, si bien está compuesta elementalmente por una ambigüedad en la prosodia, es en su estructuración donde se condensan los elementos que ensamblan al sujeto y son mostrados o no, en lo más próximo a un libre albedrío asumido. Decía Aristóteles: “El hombre es dueño de su silencio, esclavo de sus palabras”. Y uno de los límites transformadores de la reasignificación de la palabra es la ambigüedad musical (Lieberman, 1993).

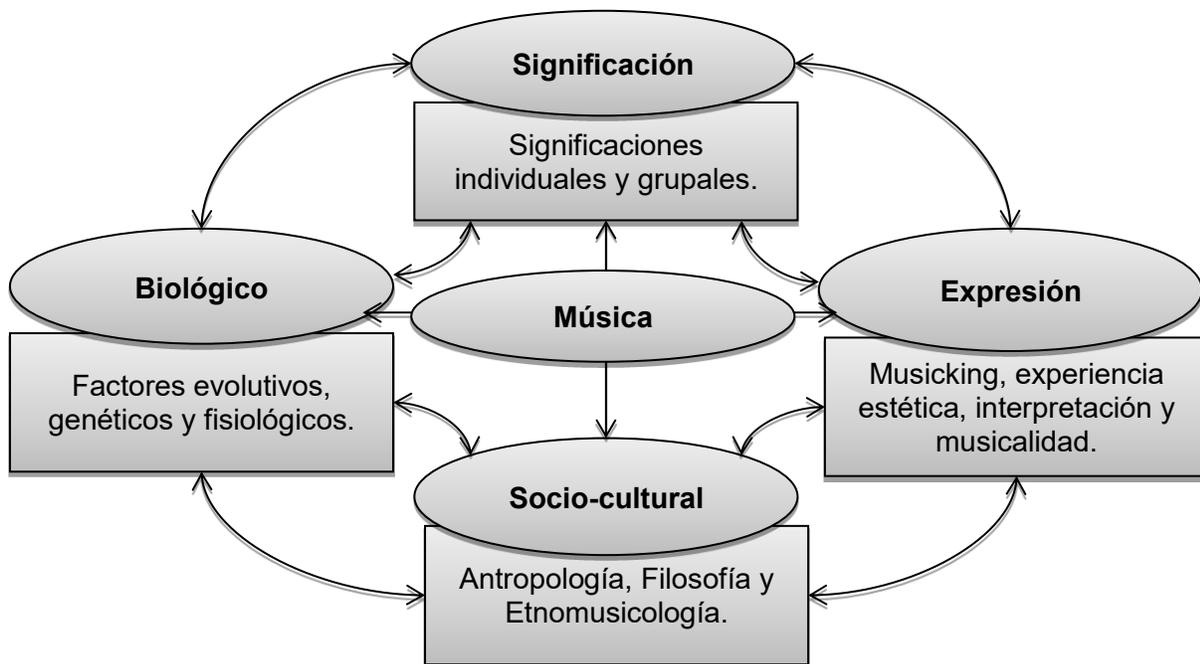
Sus efectos se desenvuelven también en el constructo actual de la investigación, como lo ejemplifica Poch (2013):

- *Efectos bioquímicos.*- Aminoácidos vegetales que afectan el crecimiento son estimulados significativamente en sesiones periódicas de música (Miller, 1976; Sterneheimer, 1994).
- *Efectos neuroquímicos.*- Aumento en la producción de Serotonina, Melatonina, prolactina, norepinefrina y epinefrina en la vivencia de sensaciones placenteras y de relajación durante la exposición musical (Tan et al., 2010).
- *Efectos fisiológicos.*- Hay variaciones significativas en la presión de sangre, ritmo y pulso cardiaco y respiración dependiendo del tipo de música, en ocasiones con efectos paradójicos (Hodges, 1980).
- *Efectos motrices.*- Hay estudios que muestran efectos en los movimientos peristálticos del estómago (Sears, 1960) y en problemas gástricos psicósomáticos (Sugarman, 1954); incremento en actividad muscular y efectos relajantes dependiendo del tipo de música y la condición del sujeto; y resistencia al dolor.
- *Efectos cerebrales.*- Los efectos de la música en el Cerebelo, sistema límbico, córtex, ondas cerebrales y el flujo de acción neuronal interhemisférico siguen

dando muestras de la complejidad y de la integralidad inherentes a la actividad musical, así como posibles hipótesis y métodos de aplicación dirigidos (Tan et al., 2010).

- *Efectos psicodinámicos.*- La actividad artística desenvuelve tanto mecanismos de proyección, sublimación, condensación y catarsis; como de expresión íntimamente relacionada con la articulación del deseo y sus objetos y sujetos, que suelen también tener expresión en el ámbito onírico y su paso a lo consciente .
- *Efectos socioculturales.*- La música es parte de la cotidianidad de la vida y el escribir integral histórico de los individuos y su interacción grupal. La música es en sí misma cultura, devenir del espíritu/voluntad y el hacer de la obra estética y su influencia cognitiva desde tiempos primitivos (Maconie, 1990).

Esquema Resumen del concepto de Música



2.2 Musicoterapia

*Debemos tomar el delirio y organizarlo.
Pierre Boulez.*

Bruscia (2007) define a la musicoterapia, a manera de *definición de trabajo*, como: "... un proceso sistemático de intervención en el cual el terapeuta ayuda al cliente a fomentar su salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas como fuerzas dinámicas del cambio". La Fundación Benenson (2016) la define como: "...una psicoterapia no -verbal que utiliza las expresiones corpóreo-sonoro-no-verbales para desarrollar un vínculo relacional entre musicopsicoterapeuta y otras personas necesitadas de ayuda para mejorar la calidad de la vida y rehabilitarlas y recuperarlas para la sociedad; como así también producir cambios socio-culturales-educativos en el ecosistema y actuar en la prevención primaria de la salud comunitaria".

Hay cinco principales modelos de aplicación de la música en la clínica terapéutica:

- *Modelo Nordoff-Robbins.*- Se constituyó entre los años 1976/77. La Musicoterapia Creativa e Improvisacional, como también se conoce a este modelo, consiste en la improvisación musical que se instaura entre el paciente y el terapeuta con diversos instrumentos musicales o canto, según las posibilidades del paciente, de sus condiciones neurológicas y sobre todo de sus funciones vitales.
- *Modelo GIM (Guided Imagery and Music).*- Se constituye a principios de la década del 70. En 1972 Helen Bonny funda el "Institute for Consciousness and Music". Trabaja principalmente con dos aspectos: la posibilidad de la música de provocar tanto la sinestesia como "estados alterados de conciencia", o como dice Helen Bonny "la utilización de la música para alcanzar niveles extraordinarios de la conciencia humana".
- *Modelo cognitivo/conductual.*- El Modelo Behaviorista, al igual que los otros, se gesta a fines de la década del 60 y comienzos de la década del 70. En 1970 Clifford Madsen, quien es considerado su fundador, publica el libro "Research in Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom". Sostiene que la

música por si sola es un operador condicionante que refuerza la conducta alterada. El impacto de la experiencia musical es observable y mensurable, y es posible establecer una relación de causa - efecto entre la música y la conducta.

- *Modelo Benenzon.*- Comenzó a delinearse en la década del 60. En el año 1965 los doctores Rolando Benenzon y Bernaldo de Quirós crean la comisión de estudios de la musicoterapia en la Argentina y como consecuencia de la misma se crea la carrera de musicoterapia en el Instituto de Otoneurofoniatría, de la Facultad de Medicina, de la Universidad del Salvador en Buenos Aires. Al explorar mediante el Fenómeno Totémico de lo No-Verbal las interrelaciones entre el Sujeto y sus objetos, este método grupal busca descubrir y encontrar un equilibrio dinámico entre los ISO (Identidad Sonora): individual/gestáltico, complementario, de interacción, universal, grupal, familiar, comunitario, ambiental, cultural y transcultural (Fundación Benenzon, 2016).
- *Modelo de Musicoterapia Analítica.*- Nace a principios de los años 60 con el denominado "Intertherapy-group", cuyo trabajo derivó luego en lo que se denominó Musicoterapia Analítica. Mary Priestley, quien es considerada su fundadora, publica en 1975 el libro "Music - Therapy in Action". Es una técnica para investigar problemas patentes tanto para el paciente como para el terapeuta; su objetivo es la expresión del conflicto emocional del paciente mientras el terapeuta lo apoya musicalmente; el inconsciente es explorado a través de símbolos, sueños e imágenes -se centra en el trabajo de imágenes de Assagioli-. También busca afianzar el ego; es una forma de representar o de crear un espacio seguro en donde el paciente ensaya una nueva situación por medio de una escenificación a través de la música.

Hay otras aplicaciones de la música con la clínica en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de los sujetos, relacionadas o no a los modelos ya expuestos.

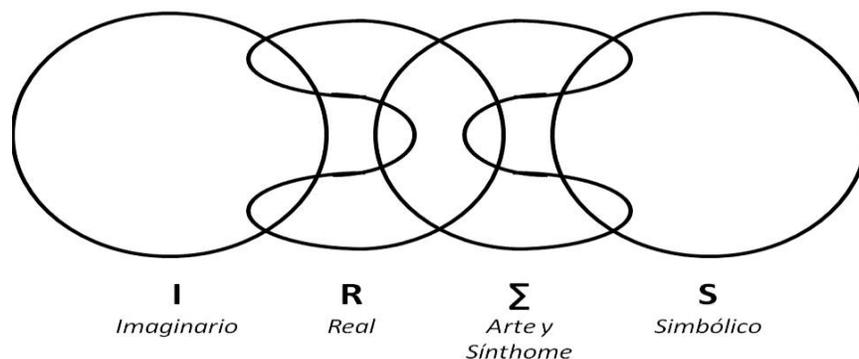
Para el psicoanálisis, Reignault (2010) propone dos definiciones de la música, una teórica y una clínica: 1) "La música es el ejercicio del psicoanálisis inconsciente del sujeto que goza del desciframiento"; 2) "La música es el ejercicio inconsciente de una cura donde el sujeto no sabe que se cura". La música es para el autor una propuesta

de desciframiento, más que de contenidos, donde el nudo borromeo de la estructura del sujeto conformado por lo real, lo imaginario y lo simbólico se recircunscribe en tres efectos: aludir al discurso, analogía a la estructura y catarsis de los afectos (Reignault, 2010). En esta triple acción, surge la noción de curación musical, donde no se sabe que se sabe que el saber es imposible: lo real. El objeto musical es próximo para Rosset (2007) con lo real, pues ambos escapan a la representación y a la imagen, es encuentro con y fuga de la palabra.

El objeto musical en psicoanálisis no puede estar desligado del sujeto, cosificándolo, es una expresión anudada en los mecanismos de defensa, por ejemplo, como la proyección o la sublimación en su conflicto con lo Otro y lo inconsciente. Es parte de la experiencia artística que entraña/desentraña el vínculo del síntoma y la metáfora:

“No hay más que tres...” [lo Imaginario, lo Real y lo Simbólico] “...conforme a Freud, en tanto que su teoría del análisis está en la línea del conocimiento paranoico. Es porque existe conocimiento paranoico que los 3 de Lacan serían abordables por un discurso, o sea, por un cuarteto [...] El cuarto engendrando al simbólico es el arte” – Esquema 2.2.1- (Jornadas EFP, 15 de junio de 1975, en Barberis, 2011).

Esquema 2.2.1.- Grafo del cuarteto que estructura al Sujeto planteado en Jornadas EFP, 15 de junio de 1975, en Barberis (2011).



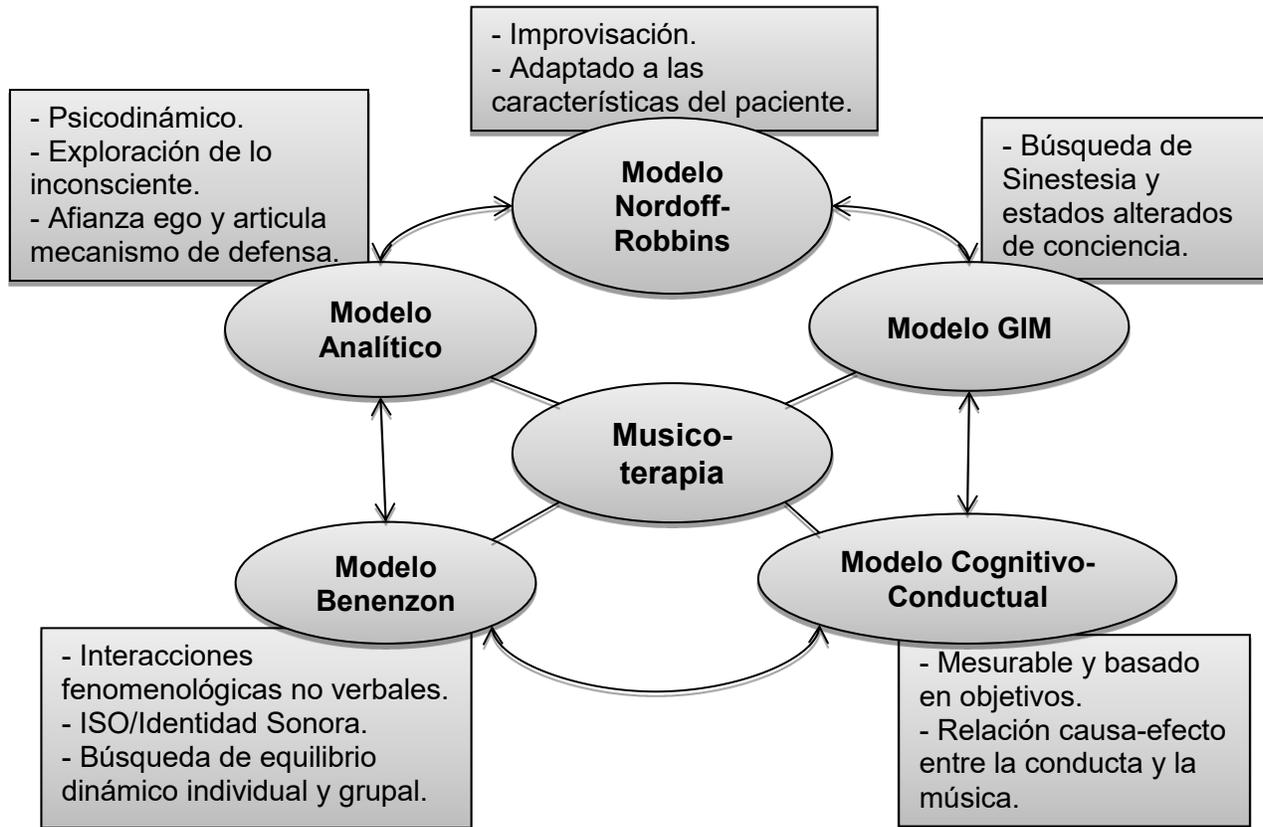
Edith Lecourt (en Anzieu, 2004) detalla la teoría del Yo piel de Didier Anzieu, psicoanalista francés, quien destaca la relación desde el desarrollo prenatal -la pleura neural que surge del cigoto- entre el Sistema Nervioso, lo psíquico y la piel;

profundizando en el concepto de "Envoltura Sonora", la cual tiene cualidades de transportar mediante una ilusión musical dada en el "baño sonoro" en conjunción con la Cavidad Sonora, la cavidad oral en conjunto con el pecho y la vibración producida en la producción oral hacia una regresión, resonancia y/o reconexión con las vivencias que regulan el flujo libidinal entre la piel, lo otro y el ambiente, donde el límite determina y marca cual cicatriz en la piel, construyendo la memoria y así la historia de la estructura individual.

El efecto Mozart es otro hito en la utilización musical clínica. Rauscher (1993) presentó un estudio en el que hubo efectos positivos momentáneos en tareas de razonamiento espacio-temporales de 36 estudiantes en la Universidad de California a los cuales les fue fueron presentadas piezas de W. A. Mozart para poder ser evaluados mediante la Escala de Inteligencia Stanford-Binet, estudio el cual fue tergiversado publicitariamente con la pretensión de que escuchar música de W. A. Mozart incrementaba la inteligencia, comentarios que la autora de la investigación midió y rechazó. Estudios posteriores como Pietschnig et al. (2010), realizado en la Universidad de Viena, revisaron 40 estudios con más de 3000 participantes en total, y no encuentra diferencias significativas entre la estimulación con música de Mozart respecto a otro tipo de estimulación musical.

En la utilización de las terapias de sonido, como el Entrenamiento de Integración Auditiva (AIT), el Método Tomatis y la Terapia Sonora Samona, el estudio de Sinha et al. (2006), determina tras el estudio de 171 participantes de 3 a 80 años presentados en 6 estudios que cubrían los criterios de inclusión de un total de 377 estudios, que las terapias de sonido no muestran suficiente evidencia ni cambios significativos en su uso con población diagnosticada con trastornos del espectro autista.

Esquema Resumen Musicoterapia



2.3 Actividad artística musical: concepto de Musicking y la música en la cotidianeidad.

The fundamental nature and meaning of music lie not in objects, not in musical works at all, but in action, in what people do.
Christopher Small.

La definición que propuso Christopher Small (1998) acerca de Musicking:

“Musical –Musicking- es tomar parte en cualquiera de las actividades inherentes a una función musical, ya sea interpretando, escuchando, ensayando, practicando, proporcionando el material para la función (componiendo) o bailando. A veces podríamos ampliar su significado a lo que hace la persona que pide las entradas en la puerta o a los hombres fornidos que elevan el piano o la batería o a las personas que se encargan de transportar el equipo de sonido o a quienes limpian el local una vez que todo el mundo se ha marchado. También ellos contribuyen a la naturaleza de ese acontecimiento que es una función musical.”

La música es toda una elaboración experiencial donde se juega cada sujeto en un contexto histórico particular en un momento único irrepetible: el acto musical. Su relevancia radica tanto en la inserción a una cotidianeidad como en una elaboración multisensorial de la ritualística musical a la que puede acceder la mayoría de las personas.

Álvarez (2014), menciona también en la cotidianeidad la Música y Faena, donde "En el trabajo [...] se presenta como estímulo, como llamada de atención militar o como distracción para fortalecer las labores". Las marchas, los himnos, la melodía que surge del chiflido o al cantar alguna tonada al realizar alguna actividad doméstica habitual. Y habría que incluirse también aspectos como las canciones que cantaban los afroamericanos esclavos en los campos de cosecha para no comerse el grano; los cantos de marcha militares para preparar hacia el acto de la violencia última en la historia de la guerra; la música en el aula educativa para poder incidir en el aprendizaje de conocimiento, práctica del mismo o incluso en la construcción del andamiaje ideológico de un cierto sistema económico-político; o las esculturas musicales que son utilizadas en el proceso de productividad en las organizaciones empresariales (Álvarez, 2014).

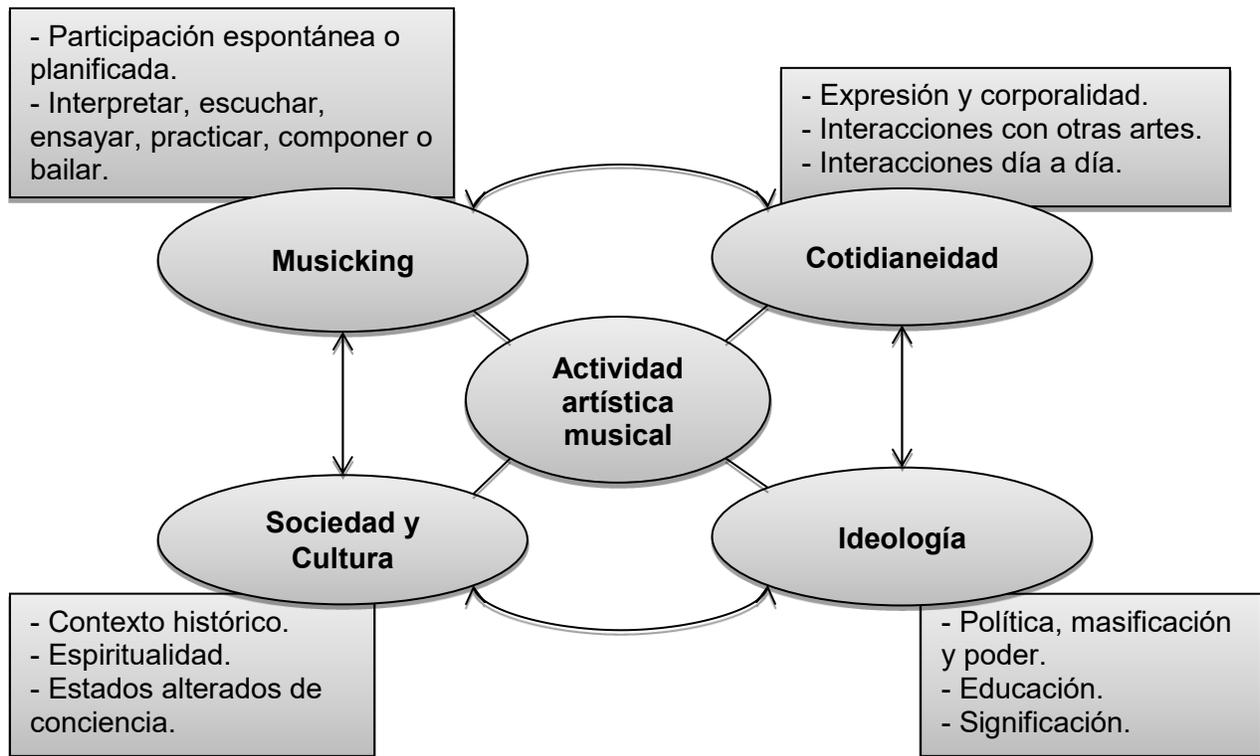
La música tiene un papel determinante en la ideología y el proceso de construcción y deconstrucción de sentidos individuales que guían al actuar de aspectos esenciales en lo político y económico a nivel colectivo. La música puede, en su ambigüedad abstracta, anclar y desanclar significados similares o incluso tangencialmente opuestos a símbolos, signos y conceptos entre diferentes sociedades y diferentes etapas de una misma sociedad; como se ejemplifica en la Novena Sinfonía compuesta por Ludwig Van Beethoven, la cual fue inspiración y móvil condensando un mensaje de hermandad expresado en el poema de Friedrich Schiller titulado como "An Die Freude" (1785). Fue utilizada de forma preferente como música de faena en los campos de concentración y como un himno comunista en la Unión Soviética durante la segunda guerra mundial; se interpretó con solemnidad en la China comunista durante la Revolución Cultural Proletaria de 1966 a 1976 mientras se eliminaba todo vestigio de formas de pensamiento y expresión afines al capitalismo o ajenas al pensar institucional oficial; es

tema icónico de la ironía representada por Stanley Kubrick en la película "Clockwork Orange" en el deseo de destrucción/gozo primero heterodirectivo y posteriormente autodirectivo del protagonista; y declarado en 1985 como el Himno de la Unión Europea que expresa los valores compartidos por los países conformantes (Zizek, 2012).

Álvarez (2014) agrega también la clasificación de la música como Apolínea -de uso místico, religioso- y como Dionisíaca -de uso mundano, cotidiano-, cuyos objetivos socioculturales son raíz inherente del desarrollo de la historia del ser humano. Hay dos principales escenarios en los que el ser humano se reúne desde primitivos tiempos: para compartir alimentos y en actividades musicales, sacras o no, donde la expresión corporal se conjunta con la música en una danza ritualística o espontánea, o simplemente en la escucha que da pie a la convivencia (Romo, 2011).

En el aspecto Apolíneo, distintas facultades se han atribuido al hacer musical, donde los misterios de su vivencia se han reinterpretado según cada vivir ideológico y contextual, como un hablar -o gritar- desde el mundo de los espíritus, fantasmática individual y colectiva de las representaciones traumáticas que encuentran en el vacío de la ambigüedad semántica de los sonidos la oreja y boca suficientemente amplificadas para poder, en su proyección y consecuente resonancia, reconocer el mensaje ligándolo al acervo estructural de su oyente, y darle nueva voz, nueva interpretación. Así lo "muerto vuelve a la vida", en una fuga de voces, distintas melodías con temas/frases comunes que escapan y retornan del unísono, para volver a morir cuando el sonido se calla. Los componentes arquetípicos, biográficos y siniestros, ominosos, que se sugieren de tales sombras sonoras son reinterpretadas como objeto de estudio antropológico, psicológico, neurofisiológico, sociológico y musicológico (entre otros códigos intérpretes del conocimiento) en el nuevo campo de decodificación de las representaciones vivenciales llamado ciencia, actual conjunto de paradigmas cuyo propósito converge con el conocimiento de la religiosidad en su búsqueda por desentrañar los misterios de la naturaleza. Y es la música la aún llamada "ciencia-arte" donde se entrelazan múltiples perspectivas y el diálogo puede darse.

Esquema Resumen Actividad artística musical



2.4 Música en el tratamiento psiquiátrico

*“Sí, yo disfruto cuando toco. El tocar es una cualidad, cualidad...
Imagen, imagen, conciencia (awareness), conciencia,
arriesgado, arriesgado, muy arriesgado, muy arriesgado.
Siempre es arriesgado, siempre es arriesgado.”
David Helfgott, Nottingham Royal Center, 7 de mayo de 1997.*

En caso de haber tratamiento e investigación en música y clínica, en México se desenvuelve en talleres o como actividades adyacentes a programas de hospitalización parcial, internamientos en comunidades de pacientes psiquiátricos o por parte de particulares, la mayoría: músicos de profesión, terapeutas en distintos campos académicos o con diplomado en musicoterapia; y pocos musicoterapeutas egresados de instituciones provenientes de España, Argentina u otros países. Hay antecedentes de actividades y grupos terapéuticos interdisciplinarios en la construcción de una Escuela Mexicana de Musicoterapia, donde combinaban. Psicodanza, Psicodrama,

Psicopoesía y Cosafonía, que es la utilización de distintos materiales reciclables para su experimentación acústica (Deschamps y Villegas, 1998).

La aplicación de la actividad musical en el ámbito clínico psiquiátrico ha mostrado interés y desarrollo internacionalmente desde los años 60's particularmente, y en la psicoterapia en esquizofrenia, la atención aborda cada caso de acuerdo a un esquema psicoterapéutico estructurado y determinado, en coordinación con el psiquiatra e incluso con la familia o con otro personal de salud, enfocado en habilidades como la comunicación interpersonal, cuestiones de identidad y seguridad social y existencial, enfatizar el presente sobre el pasado y autoregular la ansiedad, entre otras (Poch, 2013).

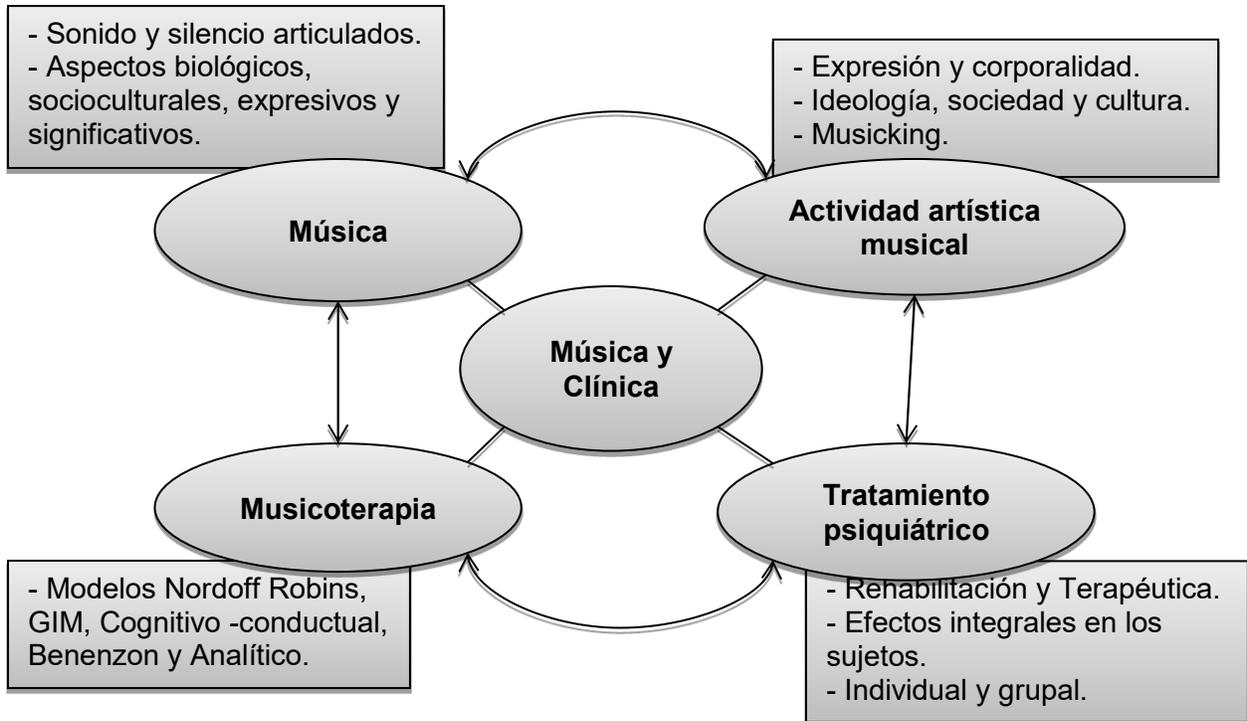
Desde un abordaje cognitivo conductual, por ejemplo, Cassity y Cassity (2006) plantean mediante 801 casos clínicos la aplicación musicoterapéutica en el ámbito psiquiátrico basándose en la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus, quien propone siete dimensiones de personalidad: Conducta, Afecto, Sensación, Imaginería, Cognición, Relaciones Interpersonales y Drogas/Funciones Biológicas. A cada área asigna una serie de actividades para poder elaborar las habilidades detectadas mediante un instrumento exploratorio tanto de la sintomatología del paciente como de las cualidades que conforman su ISO (Identidad Sonora). Aporta también otras ventajas en cuanto a la relación terapeuta paciente, orientación personal y temporal, estimulación de respuestas afectivas y su identificación, problemas de contenido y pensamiento y motricidad (Poch, 2013).

El taller musical como espacio de encuentro y desencuentro engloba también la ventaja de ser un lugar tendiente a lo cotidiano, a ese flujo propuesto por el musicking, en un lugar no cotidiano como puede ser la institución psiquiátrica, o incluso el mismo lugar existencial y social que engloba el diagnóstico (Romo, 2011).

Es el encuentro clínico donde la escucha da cuenta de un existir flotante en el abismo de la nada y el todo psicóticos, donde la ambigüedad toma forma y la diluye nota a nota, casi como la misma vida muere y renace momento a momento. Ahí la música y el que camina en la vivencia esquizofrénica se mueven y se pausan, audífonos,

instrumentos o bocinas de por medio, en un ciclo donde el gusto y el disgusto desencadena o no aquello que aún está en el sepulcro floreciente de la memoria corporal. Y es en el encuentro donde el arte hace su articulación esencial.

Esquema Resumen Música y Clínica



3. Sistemas Complejos



3. Sistemas Complejos

En este capítulo se desarrollará el concepto de Sistemas Complejos en su aproximación a la Salud Mental en la psicosis, a partir de la Complejidad General que surge del Pensamiento Complejo como campo epistemológico, y la Complejidad Restringida que va dirigida a la aplicación de metodologías interdisciplinarias.

3.1 Complejidad, Pensamiento Complejo y Sistemas Complejos

*Como todo es causado y causante, ayudado o ayudante,
mediato o inmediato, y como todo se mantiene
por su vínculo natural e insensible que relaciona
a los más alejados y a los más diferente,
considero imposible conocer las partes sin conocer el todo
y conocer el todo sin conocer particularmente las partes.
Pascal citado por Edgar Morín, (2002).*

El término de Complejidad:

“...Refiere al estudio del comportamiento auto-organizado, emergente, adaptativo y no lineal de fenómenos del mundo físico, biológico y social” (Miller y Page, 2007; en Zoya, L. G., Zoya, P. G. y Roggero P., 2015).

En el campo de la Complejidad como objeto de estudio, hay una diferenciación entre la *Complejidad General* y la *Complejidad Restringida*. La primera constituye un enfoque epistemológico que intenta repensar y recomponer la relación entre ciencia y filosofía”, mientras que la segunda estudia con: “...métodos formales –en rigor, el modelado y la simulación matemática y computacional- para tratar nuevos problemas científicos, fundamentalmente, el comportamiento caótico, las propiedades emergentes y la dinámica no lineal” (Zoya, L. G., Zoya, P. G. y Roggero P., 2015). La Complejidad General corresponde al Pensamiento Complejo, uno de cuyos exponentes más notables es Edgar Morín, y la Complejidad Restringida refiere a un campo de aplicabilidad donde surge el concepto de los Sistemas Complejos.

El Pensamiento Complejo clásico, propone que la complejidad es un estado peculiar de organización cercano a la transición orden y desorden, que representaría a su vez el estado entre dos simplicidades extremas. El término propuesto por Edgar Morín consta de tres principios fundamentales: 1) Dialogía, que representa la coherencia de un

sistema que surge de la paradoja; 2) Recursión organizativa, la retroacción que puede modificar el sistema; y 3) Hologramía, el todo en la parte y la parte en el todo (CDI, 2008), donde puede replantearse como “meta-método”, que no anula sino busca trascender los campos disciplinares, en el estudio de la complejidad basándose en el uso de las tecnologías y la cibernética emergentes.

Los Sistemas Complejos son *sistemas no lineales donde interactúan múltiples variables en escenarios dinámicos, adaptativos y con poca predictibilidad*; poseen varios grados de libertad. Es: “... un sistema cuyos elementos son heterogéneos en el sentido en que pertenecen al dominio de distintas disciplinas, pero son elementos que interactúan entre sí, de tal manera que son interdefinibles” (García, 2013). Ejemplos pueden ser los organismos biológicos, dinámicas sociales, dinámicas meteorológicas y ambientales, el cerebro humano, etc.

Ya que básicamente una cantidad enorme de fenómenos podrían entrar en la ambigüedad de la descripción, al respecto Christopher Stephens (en Flores y Martínez, comp., 2011) agrega las jerarquías estructurales de *bloques constitutivos* -conformados por los distintos grados de libertad-, sus interacciones integrales también jerárquicas y la emergencia de nuevas relaciones jerárquicas.

En el lenguaje, por ejemplo, Stephens (2011) menciona que: "El significado es una de estas propiedades que trasciende cualquier nivel particular de bloque constitutivo. De cierta manera está presente a cada nivel y a medida que se pasa a un nivel superior emerge una nueva forma integrada que depende de los niveles inferiores". Añade también la característica de la emergencia de estrategias y estados en los sistemas que si bien se encuentran en un marco de reglas como las leyes físicas, hay una elección dentro de las posibilidades: se adaptan.

Cuando se puede localizar una función de los bloques constitutivos especializados en formular una serie de estrategias para mantener el sistema complejo se denominan *módulos*; distintos caminos de elección del sistema donde las variables en su interacción no son ni muy estables ni muy inestables, hay un orden pero también hay

entropía. Tal fluctuación es llamada el "borde del caos", que permite el sostenimiento del sistema y a la vez su implementación para su sobrevivencia (Stephens, 2011).

La cantidad de interacciones que surgen en los frecuentemente muy distintos bloques constitutivos y módulos de un Sistema Complejo, hacen menester la interacción también de distintas disciplinas que estudian, de manera reduccionista y especialista, cada bloque y módulo, tanto para su determinación, investigación, evaluación y, si es el caso, planeación de intervención. El estudio de los sistemas complejos requiere, luego entonces, de una metodología de investigación Multidisciplinaria, en el cual un equipo de expertos en cada campo detectado del Sistema Complejo concuerden conceptualmente en una unidad de observación y una unidad de análisis, un objeto de estudio común (Amozorrutia y Maas, 2013); conjuntando procedimientos cuantitativos y cualitativos no necesariamente generalizables, referentes a un fenómeno u objeto de estudio con temporalidad, espacialidad y contexto particulares. En el diálogo interdisciplinario será necesario “conjuguar un cuerpo teórico que responda a la concepción dinámica del complejo empírico” (Amozorrutia y Maas, 2013).

Tabla 3.1.1. Tipos de Investigación, tomado de Trostle (2002) y Rosenfeld (1992), en Chávez et al. (2008).

Tipo de investigación	Forma de colaboración	Programas académicos	Contribución a las políticas y programas de salud
<i>Multidisciplinario</i>	Los investigadores trabajan en forma paralela, desde una disciplina específica para abordar problemas comunes.	Dentro de las disciplinas y facultades existentes.	Resolución de problemas específicos a corto plazo.
<i>Interdisciplinario</i>	Los investigadores trabajan juntos pero desde cada disciplina.	Entre disciplinas y facultades; creación de programas compartidos.	Nuevos programas específicos y resolución de problemas.
<i>Trasndisciplinario</i>	Los investigadores trabajan juntos, usando un marco conceptual compartido que reúne teorías, conceptos y enfoques de disciplinas específicas.	Síntesis de departamentos, nuevo departamento, nuevo campo de investigación.	Programas y acciones transectoriales de base amplia, de mayor duración; nuevos conceptos, métodos y políticas.

El conocimiento generado tiene límites marcados a la visión objetivista científica, debido a que “las observaciones son siempre subjetivas y atadas al contexto” (Popper, 1982), y a que el conocimiento es siempre personal. No es expresable completamente en leyes naturalistas y es multidimensional. La objetividad y la subjetividad están siempre interconectadas en el proceso de estudio de un fenómeno y en el análisis, elaboración y transmisión del aprendizaje generado. Esto mismo es expresado en la paradoja básica de la epistemología: *pensar un universo independiente del pensamiento que lo está pensando.*

3.2 Verdad, Realidad y Complejidad

*En cada nivel y periodo de la conciencia humana, ha existido siempre la tentación de reducir lo real, de inventar atajos para la síntesis eliminando cualquier parte de la realidad que la conciencia no pudiera asimilar o manipular con facilidad.
Pannikar Raimon, (1999).*

Edgar Morín (2007, en Zoya, L. G., Zoya, P. G. y Roggero P., 2015) distingue dos aspectos de Lo Real: lo Real Cognoscible relativa a la complejidad del mundo de los fenómenos de los que es posible dar cuenta en el conocimiento y lo Real Incognoscible, de lo cual: “Aunque reconocido por el pensamiento, excede lo pensable”. Y es a partir de la perspectiva en que se construye lo real que surge el aspecto de lo verdadero.

No son verdad y realidad conceptualizaciones universales. Son constructos subjetivos que comparten elementos entre los unos y lo otro que participan en tal estructura, y se elaboran y reelaboran simultáneamente a través del flujo temporal-espacial. Menciona Putman (1994):

“... La mente no "copia" simplemente un mundo que sólo admita la descripción de la Teoría Verdadera. Pero, desde mi punto de vista, la mente no construye el mundo (ni siquiera en cuanto que ha estado sujeta a la constricción impuesta por "cánones metodológicos" y "sense-data" independientes de la mente). Y si es que nos vemos obligados a utilizar lenguaje metafórico, dejemos que la metáfora sea ésta: la mente y el mundo construyen conjuntamente la mente y el mundo (o, haciendo la metáfora más hegeliana, el Universo construye el Universo-desempeñando nuestras mentes (colectivamente) un especial papel en la construcción.”

Para Putman (1994) las percepciones e interpretaciones de la realidad sobre las que construimos nuestras evidencias no nos permiten afirmar que una sea la verdadera y las demás "falsas", como suele considerar la conciencia no crítica o las explicaciones feroces. Propone un realismo interno como un continuo analítico-sintético, inducción-paradigma científico, como un Sistema Complejo, que habla del sistema real como mundo pero siempre dentro del marco de ciertos conceptos, conjuntos de creencias, compromisos, etc.

Describe el camino entre la racionalidad encarnizada y la renuncia de ella, que sería el retorno a la ley del más fuerte; es un camino que evita las posiciones extremas, analizándolas, siendo crítico ante ellas lo que conduce a posturas empiristas no radicales ni ortodoxas, pero apoyadas en estructuras conceptuales siempre en continua revisión, las cuales son sostenidas por una afirmación en la cual se cree, porque es indispensable para ciertos fines, donde se representa en la opinión su valor de verdad o de falsedad evidenciable, si son más o menos razonables, dependiendo del contexto en el que se establece.

Dado esta estructura conceptual referente a la realidad y la verdad, sugiere una resultante de todo un proceso histórico en la dirección del hacer científico y artístico. Y particularmente, en la psicología, la psiquiatría y la terapéutica.

Es un hacer y rehacer del médico, del psicólogo, del terapeuta y del psicoanalista que han llevado ya confrontaciones en su aplicabilidad, algunos en la búsqueda de su sistematización impoluta universal, otros en su multinstitucionalización teórica y administrativa, e incluso en el establecimiento de los límites del actuar respecto a sí y al llamado paciente, usuario, cliente, o como teóricamente más plazca, acomode o cumpla la función que se dice cumple en la relación objeto/sujeto - sujeto/objeto.

Es también una posición de respeto ante la vivencia del sujeto, un siempre considerar las reflexiones y los ecos subjetivos cuyas principales marcas forman los nudos, puntos críticos, que entrelazados tejen el hilo de la historia.

3.3 Metodología en Complejidad

*El pensamiento simple resuelve los problemas simples sin problemas de pensamiento.
El pensamiento complejo no resuelve, en sí mismo, los problemas,
pero constituye una ayuda para la estrategia que puede resolverlos.
Edgar Morín, (2007).*

Es importante mencionar la necesidad de un marco epistémico, donde se encuentran la toma de posición ética del equipo de investigación, implicando un proceso de estudio del objeto en su comprensión y redefinición gradualmente perfectible, generando una noción de totalidad relativa. La ética en complejidad señala:

“...Una de tantas posibilidades del hombre de encontrarse en el mundo; en este caso frente a la incertidumbre de la realidad, condición que mueve el quehacer del ser humano complejo en el devenir de ser naturaleza y cultura al mismo tiempo” (Mendoza, en Gascón et al., 2014).

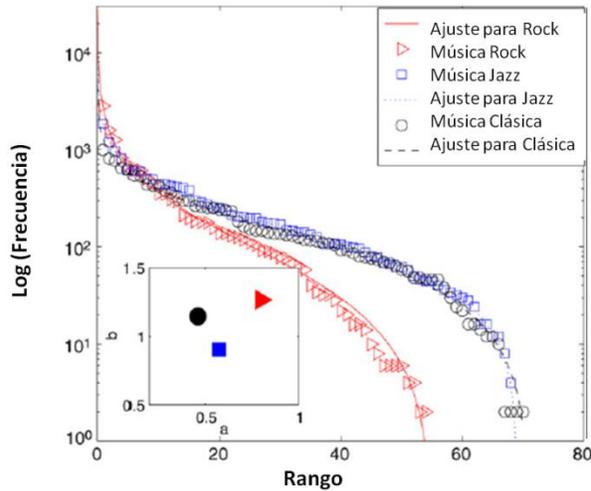
Se habla de un grupo de trabajo con capacidad plena de cooperación, dominio individual en cada disciplina y escucha, análisis e integración del conocimiento y práctica multidisciplinar; con un coordinador o subgrupo horizontalizado y en constante rotación según sea adecuado, que se encargue de la dinámica intra e intergrupo/s, recursos, horarios, espacios y cualquier otro ámbito organizacional.

El grupo ha de, a partir de un objeto de estudio común, localizar los distintos bloques constitutivos y modelar el sistema complejo, el cual será entonces medido y evaluado en cada una de sus partes para poder integrar resultados, discutirlos y llegar a localizar tanto las interacciones fundamentales como los puntos críticos donde emergen las estrategias, el borde entrópico, y tender a una predictibilidad que posibilite una intervención integral hacia una serie de objetivos dados, para finalmente reiniciar el ciclo reelaborando críticamente y mejorando el entendimiento del objeto de estudio.

En el estudio de la *Complejidad Restringida*, para localizar y representar "el borde del caos", se recurre a modelar una serie de variables y representar sus interacciones en distintas distribuciones, como las que se ejemplifican a continuación:

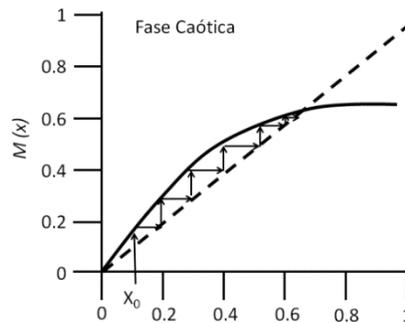
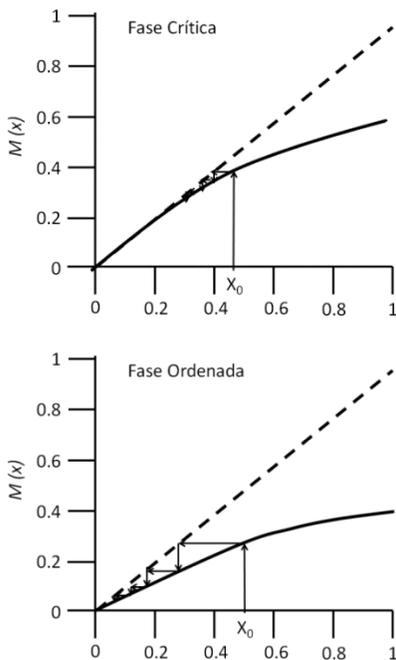
Distribución a partir de la Ley de Zipf.- Ordenamiento descendente de rangos que, al usar ejes logarítmicos, generan una recta con pendiente -1 (Zipf 1941). "La relación frecuencia/rango sigue una ley de potencias con un exponente -1" (Cocho, y Martínez;

en Flores y Martínez, comp., 2011). Sus ajustes son aptos para valores intermedios de rango.



Representación en ejes semilogarítmicos de la frecuencia de aparición de notas musicales en las piezas de Sweet Child o Minede Gun's and Roses, A Good One de Benny Goodman y un Cuarteto de Beethoven Op. 131 (Beltrán del Río et al., 2008).

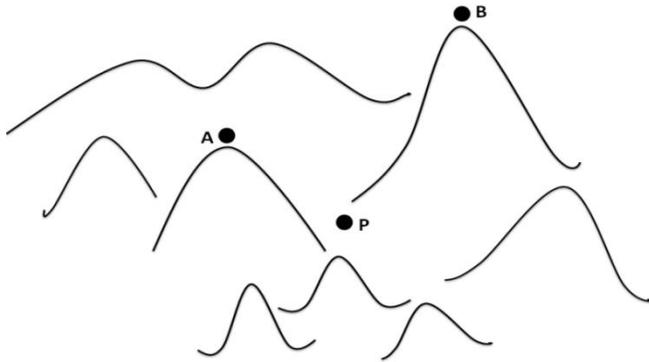
Generalización de la distribución beta.- Ajuste de la probabilidad de los valores de los parámetros (a, b) de un ordenamiento descendente de rangos (Ley de Zipf). Buen ajuste para todos los valores de rango (Cocho, y Martínez, 2011).



Formas Típicas del mapeo $M(x)$ en las tres fases dinámicas. Las flechas indican la evolución temporal de la perturbación al iterar el mapeo. En la fase ordenada una perturbación inicial x_0 desaparece rápidamente. En la fase caótica la pequeña perturbación inicial x_0 se amplifica. En la fase crítica la perturbación inicial x_0 comienza a disminuir, pero rápidamente queda "atrapada" entre la recta identidad y el mapeo, pareciendo como si no disminuyera ni aumentara (Aldana; en Flores y Martínez, 2011)

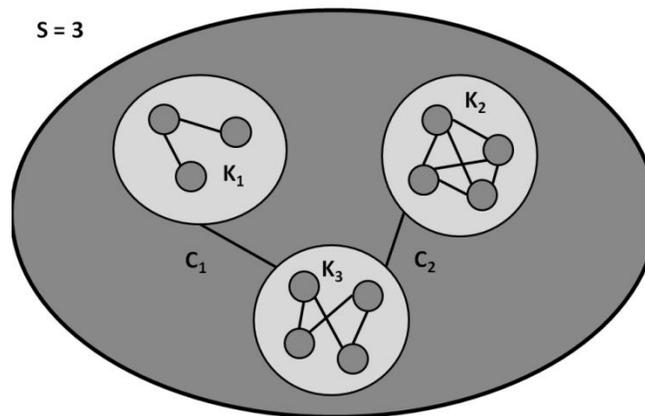
Paisaje de aptitud.- Función de densidad de probabilidad (Wright, 1931), donde mediciones probabilísticas de distintos estados de bloques constitutivos son representados como un valle cuya rugosidad:

" ... Depende de la interacción entre las variables de estado de un sistema a través de retroalimentaciones, de tal manera que un cambio en una variable de estado sea compensado por cambios en otra" (Lara, en Flores y Martínez, comp., 2011).



Paisaje de aptitud para un entorno dado (Lara, en Flores y Martínez, 2011).

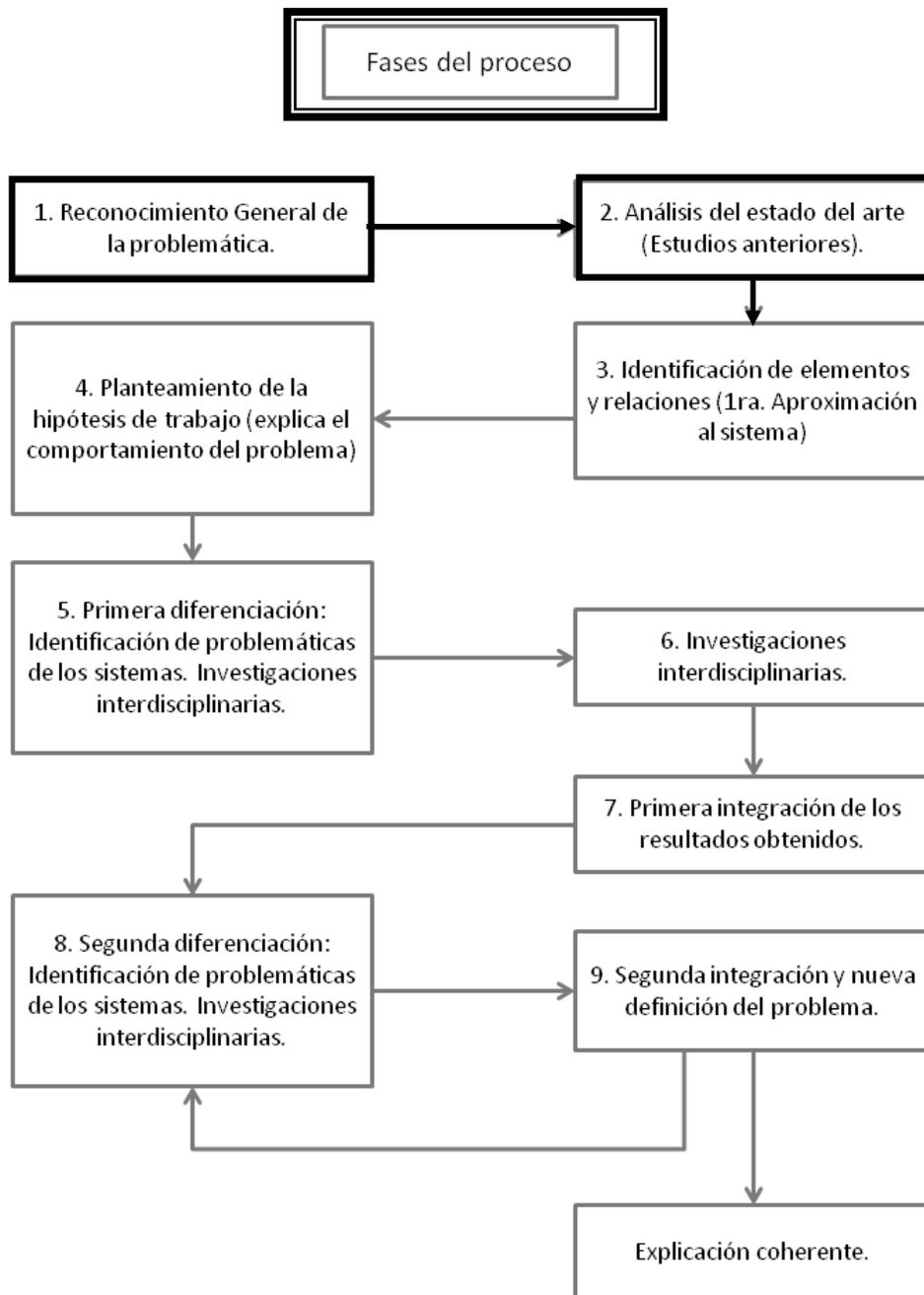
Redes de organizaciones.- Un número S de bloques constitutivos con un número K de variables acopladas en un Sistema e interaccionan en relaciones C (Lara, 2011).



Dados los distintos tipos de variables que pueden ser medibles y localizadas en un Sistema Complejo, tanto en metodologías cuantitativas como cualitativas, poder integrarlas requiere no sólo modelos matemáticos como los ya mencionados, sino también del uso de una heurística. Para los objetivos de este trabajo, se mencionará en específico el uso de la heurística relativa al planteamiento y enfrentamiento de una

problemática que surge de un Sistema Complejo, esquematizado en el Diagrama 3.3.1, elaborado por Rolando García (2006).

Tabla 3.3.1. Diagrama de flujo de las etapas esenciales de una metodología de tipo heurístico para enfrentar lo complejo en la configuración de un problema como sistema complejo (García, 2006: 100-101). Se indican las fases del proceso que atañen a este trabajo.



3.4 Complejidad y Esquizofrenia

*El eco es el testimonio de la palabra fracasada
que no acierta a incorporarse al surco continuo del lenguaje (...)
La voz esquizofrénica representa ese fracaso,
la presencia ausente del otro que ocupa la escisión
como un cuerpo extraño y a la vez impuesto.
Álvarez y Colina, (2007).*

De un sujeto como Sistema Complejo, podemos denotar las características de múltiples variantes biopsicosocioculturales que interaccionan no linealmente y se adaptan en el flujo autoregulado entre lo externo y lo interno, entre el ambiente y el organismo cuerpo/mente, del que emergen una serie de elecciones conscientes e inconscientes que le adaptan dinámicamente para su sobrevivencia. Tales propiedades pueden ser aplicables en el ámbito de la salud de un sujeto, como se ejemplifica en la adaptación del cuadro de Stumberg y Martin (2013) de la Tabla 3.4.1, donde se ejemplifica cada característica con alguna particularidad de la vivencia patológica psicótica.

Tabla 3.4.1. Las propiedades de un sistema son abundantes cotidianamente en la clínica. Traducido, extraído y modificado de Sturmburg & Martin (2013).

Propiedades	Ejemplo clínico
<i>No linealidad</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados no son proporcionales al estímulo. • Pueden llevar a cambios masivos y estocásticos del sistema. • Sensibles a condiciones iniciales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas positivos en la psicosis. • Respuesta a la terapéutica en la psicosis.
<i>Abiertos al ambiente</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Un sistema interactúa continuamente con su ambiente, p. e. en el intercambio de energía, materia, personas, capital e información. • Respuestas no lineales al ambiente externo pueden llevar a cambios masivos y estocásticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones fisiológicas. • Función Patológica.
<i>Auto-organización</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Basada en los principios de: <ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación recursiva (positiva y negativa). - Balance en la explotación y la exploración. • - Interacciones múltiples. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Homeostasis”, en salud. • Enfermedad.

Emergencia

- Ocurre cuando un número de entidades simples (agentes), operan en un ambiente, formando comportamientos más complejos colectivamente.
- Surge de intrincadas relaciones causales a través de diferentes escalas y retroalimentación-interconectividad.
- El comportamiento emergente o propiedades no son propiedades de una sola entidad, tampoco pueden ser fácilmente predecibles o deducidos de comportamientos de entidades de más bajo nivel: son irreducibles.
- Emergencia de los efectos secundarios de ciertas drogas en ciertos individuos.
- Emergencia de nuevos patrones de morbilidad, expresión genética en diferentes edades en una población.
- Función cerebral de auto-organización celular compleja.

Patrón de interacción

- Diferentes combinaciones de agentes llevan al mismo resultado.
- La misma combinación de agentes lleva a diferentes resultados.
- Diversos factores genéticos, epigenéticos y ambientales que aumentan la probabilidad de la patología psicótica.

Respecto al sujeto con la vivencia esquizofrénica, Kamatchi & Broome (2013) mencionan como las principales variables que interactúan alrededor de la sintomatología: Factores genéticos, Factores neurofisiológicos, Cambios estructurales cerebrales, Neurodesarrollo, Factores Psicológicos y Drogas lícitas –y también ilícitas-, así como Experiencias traumáticas en la infancia, características ya descritas en el primer capítulo de este trabajo.

Incluye al Contexto sociocultural en el que se compagina la sintomatología de acuerdo con la sociedad y el momento histórico en el que se desarrolla el sujeto para adaptar a cada caso la atención que cumpla con un pronóstico de mayor calidad de vida. Si bien el contexto sociocultural no es necesariamente determinante respecto a la detonación de un episodio psicótico, sí le conforma, articula y provee de cadenas significativas y de representaciones mentales que construyen el código verbal y no verbal por el cual expresa, comunica y elabora resistencias y estructura.

La institución de atención sanitaria plantea la aplicabilidad de los Sistemas Complejos a partir de definir los Sistemas y subsistemas involucrados -Esquema 3.4.2- y su analizar sus interacciones –Tabla 3.4.3, como ejemplo-, plantear los objetivos dinámicos que,

utilizando las tecnologías y el continuo de conocimiento resultante de la investigación interdisciplinar, encaminados a poder detectar y prevenir la sintomatología, y dar atención dinámica particularizada –Esquema 3.4.4-.

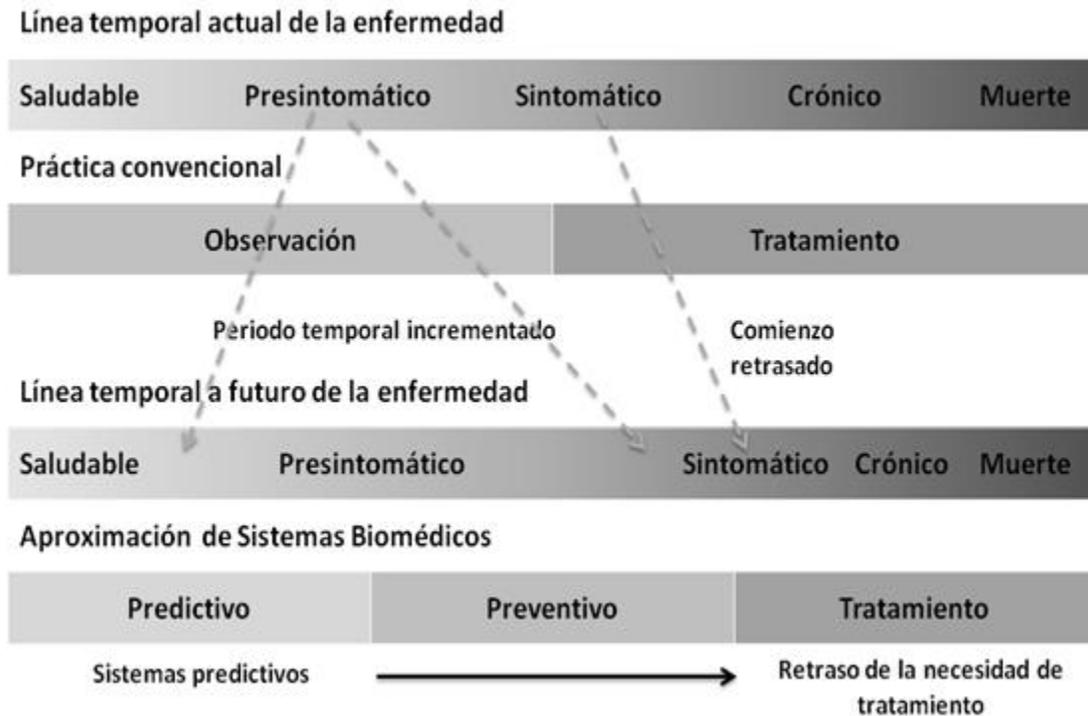
Esquema 3.4.2. Microsistema clínico situado en Modelo de Sistemas de Asistencia Sanitaria (adaptado de Godfrey et al, 2004, en Lanham, 2013).



Tabla 3.4.3. Ejemplos de Interrelación, Reflexión, Aprendizaje y Creación de sentido en la práctica clínica, a partir de dos prácticas ideales, con mayor y menor efectividad (Lanham, 2013).

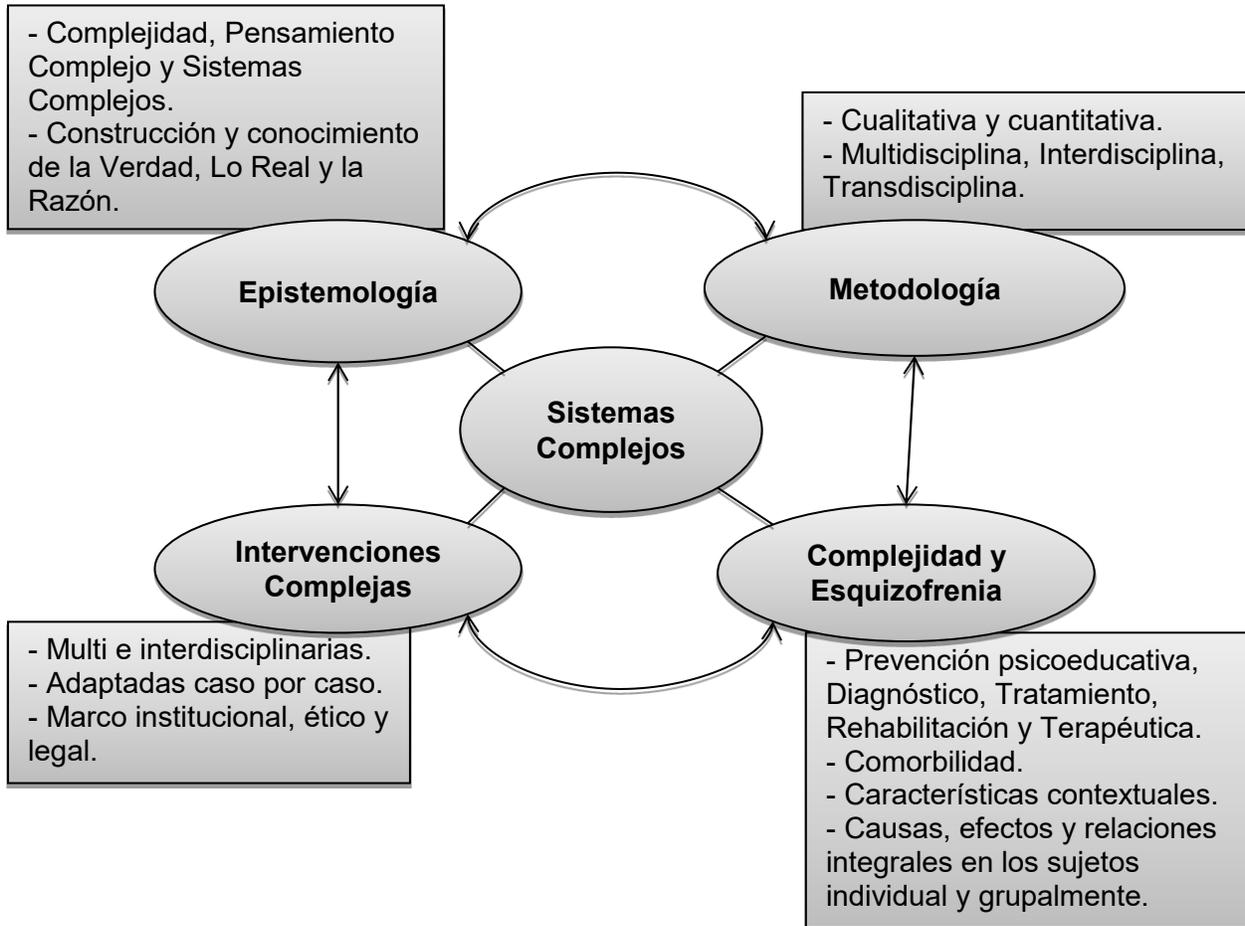
Comportamiento organizacional	Práctica A	Práctica B
<i>Interrelación</i>	<p>La gente en este Microsistema clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se escuchan con empatía y se construye en las contribuciones de otros, aún de aquellas inesperadas. - Se comprende como sus acciones afectan la habilidad de otros de completar sus tareas. <ul style="list-style-type: none"> • - Se respetan las ideas propias y de los otros. • - Se expresan aun cuando su opinión pudiera ser impopular. • - Interactúan a tiempo y con frecuencia por lo que los problemas pueden ser solucionados. 	<p>La gente en este Microsistema clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No construye en las contribuciones de otros. - Ausencia de la habilidad para ver como su trabajo encaja en el trabajo del Microsistema clínico. - Sobrevalora sus propias ideas y devalúa las de los otros. - Guarda sus opiniones para sí. - Evita la interacción con otros, aun cuando ellos tengan ideas que crean que pueden contribuir a soluciones.
<i>Reflexión</i>	<p>Este Microsistema clínico regularmente localiza tiempo y espacio para que los miembros hablen acerca de sus acciones previas, aun cuando el tiempo escasee. La evaluación es una prioridad alta.</p>	<p>Este Microsistema clínico deja que las demandas del trabajo del día a día dejen precedente por encima de hablar acerca de las acciones previas. La evaluación de las acciones es escasa.</p>
<i>Aprendizaje</i>	<p>La gente en este microsistema clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sienten seguras de expresar sus ideas sin efectos negativos. - Son abiertas a nuevas formas de hacer las cosas. - Buscan momentos temporales que diga una historia diferente a la que usualmente es dicha. - Se enseñan nuevas cosas. - Aprenden uno del otro. 	<p>La gente en este Microsistema clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siente que el compartir ideas puede resultar en un castigo. - Busca establecer rutinas como guía para actuar. - Mantiene las ideas para sí, incluyendo aquellas que podrían ayudar a otros en su trabajo.
<i>Creación de sentido</i>	<p>Cuando se confrontan con la ambigüedad, la gente en este Microsistema clínico busca una variedad de entendimientos plausibles.</p>	<p>Cuando se confronta con la ambigüedad, la gente en este Microsistema clínico busca explicaciones altamente imprecisas</p>
<p><i>Prácticas A y B son ficticias; la Práctica A representa un ejemplo idealizado de la práctica con efectivas interrelación, reflexión, aprendizaje y creación de sentido; y la práctica B representa una práctica con menos efectividad en la interrelación, reflexión, aprendizaje y creación de sentido.</i></p>		

Esquema 3.4.4. La promesa de los sistemas de medicina: La transición del bienestar a la enfermedad puede ser modelada y su factor de riesgo estratificado. La detección presintomática de la enfermedad incrementa las oportunidades de detener y revertir la progresión de la enfermedad. El objetivo es retrasar el comienzo de la enfermedad expandiendo la vigilancia y el manejo del periodo presintomático. (McCarthy et al., 2013).



Para la investigación aplicada en Sistemas Complejos, ha surgido el concepto de *Intervenciones Complejas*, definidas como las intervenciones que consisten en "varias partes interconectadas", que van desde organizaciones y servicios hasta la clínica individual. Por ejemplo, la relación médico y paciente en un tratamiento con medicamentos que involucra como "partes interconectadas" el efecto placebo, la relación transferencial entre ambos, la experticia y experiencia profesionales (Gold et al., 2012).

Esquema Resumen Sistemas Complejos



4. Metodología



4. Metodología

4.1 Justificación

Dada la prevalencia y características de la sintomatología esquizofrénica que afectan en los principales ámbitos de la constitución bio-psico-socio-cultural de los sujetos, su gravedad y cronicidad, así como la labor institucional amplia que interviene en su tratamiento, es necesario hallar alternativas y trascender el conocimiento, mediante la interacción multidisciplinar e interdisciplinar en construcción hacia una transdisciplina en la cual las artes, específicamente la música, puedan desempeñar un papel fundamental.

4.2 Pregunta de investigación

¿De qué manera es posible abordar el tratamiento del sujeto con la vivencia diagnosticada con esquizofrenia a través de la música desde la perspectiva de los Sistemas Complejos?

4.3 Objetivo general

Con base en el estado del arte, explorar y describir las relaciones entre el hacer clínico y el hacer musical, para establecer multílogos –discursos múltiples-multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios que detecten fortalezas, debilidades y alternativas de apoyo y tratamiento en el padecimiento de la esquizofrenia tanto en los ámbitos personal, familiar, social, cotidiano e institucional, desde la perspectiva propuesta por los Sistemas Complejos.

4.4 Objetivos específicos

- Plantear un diálogo entre las distintas perspectivas desde los Sistemas Complejos respecto a la etiología e intervención en el tratamiento de la Esquizofrenia.
- Aproximarnos a un estado del arte en la temática de la música como intervención en el tratamiento de la esquizofrenia, en vías de poder detectar las variables intervinientes y sean de utilidad para posteriores investigaciones.

- Discernir las distintas ventajas y desventajas que conlleva la actividad musical en la clínica. No son exclusivas de la musicoterapia ni del ámbito institucional.
- Detectar y articular aquellos factores y actividades que puedan contribuir ética y legalmente hacia un entender del sujeto por el sujeto y su posible desarrollo, respetando la cotidianeidad y la relatividad de la realidad y la verdad.

5. Resultados



5. Resultados

Se examinaron Las bases de datos disponibles en el portal electrónico de la Dirección General de Bibliotecas, DGB, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, en la cual se consultaron las siguientes bases de datos: TESIUNAM, EBSCO, Scientific American, Wiley, ISI Web Science, ScienceDirect, Nature, Plum X Metrics; así como las revistas de Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, Átopos de España y Andamios de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México..

Los criterios de búsqueda fueron las combinaciones *Schizophrenia - Music*/Music Therapy - Complexity/Complex Systems/Complex Interventions*. La búsqueda arrojó los siguientes resultados, ilustrados en la Tabla 5.1. En la Tabla 5.2 se muestran artículos de interés en la clínica de la psicosis, complejidad y la interdisciplina con las artes.

Así mismo, se ilustran en la Tabla 5.3 los trabajos de tesis destacados en la temática de la atención del paciente con vivencia de la sintomatología esquizofrénica y psicótica y su tratamiento a través de la música. En la Tabla 5.4 se encuentran otros trabajos de tesis destacados en la clínica e intervenciones interdisciplinarias a través de la música interrelacionados con la sintomatología y la vivencia psicótica.

A continuación, se presentan esquemas correspondientes a cada tabla –Esquemas 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1 y 5.4.1-, donde se muestran las interrelaciones entre las variables de los bloques constitutivos de los conceptos de Música y Clínica, Sistemas Complejos y Tratamiento de la esquizofrenia, y los diferentes estudios y tesis resultantes del estado del arte.

Tabla 5.1.- Resultados de la búsqueda en las bases de datos de las combinaciones de las palabras clave Schizophrenia - Music*/Music Therapy - Complexity/Complex Systems/Complex Interventions.

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>	<i>Descripción</i>	<i>Conclusiones y comentarios</i>
Chung, Y. K., Chong, H. J., y Kim, S. J.	2016	Psychotherapy Perception of complexity, interest level, and preference for harmonic progression of music for adults with schizophrenia.	Estudio comparativo de la percepción de la complejidad en una progresión armónica musical entre un grupo de 30 adultos con diagnóstico y otro de 37 adultos sin diagnóstico de esquizofrenia. La complejidad armónica consiste en cinco progresiones armónicas a cuatro voces con diferentes grados de consonancia y disonancia.	Hay diferencias significativas entre ambos grupos: menor sensibilidad al incremento de complejidad musical, consistente con otros estudios que muestran la dificultad del paciente diagnosticado con esquizofrenia en tareas de discriminación que requieren procesamiento de información, así como su preferencia por progresiones con mayor predecibilidad.
Tseng, P. T., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Tu, K. Y., Wang, H. Y., Cheng, Y. S., y Wu, C. K.	2016	Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis.	Comparación del efecto del tratamiento con musicoterapia en pacientes esquizofrénicos que la recibieron y los que no la recibieron mediante un meta-análisis y la investigación de las características clínicas de la musicoterapia mediante una meta-regresión.	El meta-análisis resalta un mejor y significativo efecto en los pacientes con esquizofrenia que recibieron musicoterapia de aquellos que no, especialmente aquellos con un curso crónico, independientemente de la duración, frecuencia y cantidad de sesiones de musicoterapia.
Akar, S. A., Kara, S., Latifoğlu, F., y Bilgiç, V.	2015	Estimation of nonlinear measures of schizophrenia patients' EEG in emotional states.	Utilizan mediciones no lineales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en dos grupos, uno control, para evaluar disfunción emocional durante la escucha de piezas musicales.	El cerebro de los pacientes es menos flexible en el área fronto temporal. EL análisis "al borde caos" es una herramienta útil en el análisis del EEG para explorar la neurodinámica de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
Akar, S. A., Kara, S., Latifoğlu, F., y Bilgiç, V.	2015	Analysis of heart rate variability during auditory stimulation periods in patients with schizophrenia.	El modelo de vulnerabilidad-estrés es una hipótesis del desarrollo de la sintomatología en pacientes con esquizofrenia caracterizada por disfunción autonómica cardíaca. Miden variabilidad de la frecuencia cardíaca	Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia mostraron disfunción autonómica durante todo el experimento, sin diferencias durante la presentación de ruido blanco o la música relajante comparativamente a

			analizada mediante señales Fotopletiográficas en la exposición a estímulos auditivos de música relajante y ruido blanco en 90 pacientes comparativo a 20 sujetos control.	diferencias significativas en el grupo control. La variabilidad de frecuencia cardiaca puede ser usada como indicador de la actividad simpática relacionada con las emociones.
Asociación Psiquiátrica Mexicana, y Asociación Psiquiátrica de América Latina.	2014	Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia.	Conjunta un plan integral para la Guía Práctica Clínica en la atención de la Esquizofrenia en México, donde se incluye la interdisciplinariedad en el tratamiento médico, factores transculturales y la intervención psicosocial, que incluye la psicoeducación, intervención con la familia, psicoterapia y la rehabilitación, en la cual están incluidas actividades ocupacionales, deportivas y artísticas.	Las actividades de rehabilitación, que incluyen actividades artísticas, están dirigidas hacia el desarrollo de la cognición, calidad de vida y las áreas familiar, social, laboral, económica y de pareja del paciente.
Wen Y., Nie X., Wu D., Liu H., Zhang P., y Lu X.	2014	Amusia and cognitive deficits in schizophrenia: is there a relationship?	Explora la habilidad de percepción musical de individuos diagnosticados con esquizofrenia y su relación con otras habilidades cognitivas y la severidad de la sintomatología psicótica. Las personas con esquizofrenia se desempeñaron significativamente deficientes respecto al grupo control en la Batería de Evaluación de Montreal para Amusia (MBEA).	Las habilidades de percepción musical de personas con esquizofrenia están relacionadas con otras habilidades cognitivas como: atención, memoria verbal, memoria espacial y funciones ejecutorias; y con la severidad de los síntomas psicóticos.
Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Haldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., y	2013	Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial.	Con resultados benéficos de la musicoterapia en el cuidado de la salud mental en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, depresión o abuso de sustancias, evalúan la efectividad de la musicoterapia orientada a 144 pacientes de Noruega, Austria y Australia sin desórdenes mentales orgánicos con baja motivación a	La musicoterapia individual practicada rutinariamente es una adición eficaz como tratamiento psicoterapéutico en el cuidado de la salud mental, basado en una disminución de los síntomas negativos y generales, ansiedad, aumento de habilidades sociales y de la motivación en las actividades.

Rolvjord, R.			tratamiento psicoterapéutico.	
Kwon M., Gang M., y Oh, K.	2013	Effect of the Group Music Therapy on Brain Wave, Behavior, and Cognitive Function among Patients with Chronic Schizophrenia.	Después de 13 sesiones de musicoterapia, ondas alpha medidas de ocho diferentes sitios se presentaron consistentes en el grupo experimental más que en el control; revelando experimentar más emociones gratas durante las sesiones, mejorando también en funciones cognitivas y comportamientos positivos mientras que los comportamientos negativos disminuyeron significativamente en comparación con el grupo control.	El grupo de musicoterapia fue una intervención efectiva para implementar relajación emocional, habilidades cognitivas acompañadas de cambio conductuales positivos en pacientes crónicos con esquizofrenia.
Gold, C., Erkkila, J., y Crawford, M. J.	2012	Shifting effects in randomised controlled trials of complex interventions: a new kind of performance bias?	Examinan la eficacia de la musicoterapia vs. cuidado estándar en las intervenciones complejas con pacientes diagnosticados con esquizofrenia y depresión, mediante el análisis de las diferencias de sus efectos antes-después usando modelos de regresión múltiple.	Algunas intervenciones complejas tienen efectos de cambio que no pueden ser explicadas por la experiencia del terapeuta o por factores demográficos. Los efectos terapéuticos son mayores en aquellos que están desde el inicio del tratamiento que en aquellos que llegan después.
Murow, E., y Sánchez, J. J.	2003	La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica.	Examina la percepción de bienestar de 15 pacientes diagnosticados con esquizofrenia tratados en el Programa de Rehabilitación Integral del INP, en el desarrollo de 40 sesiones de musicoterapia bajo el esquema de improvisaciones, con objetivos de expresión, habilidades interpersonales, perceptuales, cognitivas y de creatividad.	Se encontró tendencia y cercanía a la significancia en la escala de síntomas negativos del PANSS, encontrando indicios de desarrollo de habilidades psicosociales, interacción y aumento de la percepción de bienestar. Es igualmente importante la influencia de un ambiente relajado y de aceptación.

Esquema 5.1.1- Interacciones de los resultados de la búsqueda en las bases de datos de las combinaciones de las palabras clave Schizophrenia - Music*/Music Therapy - Complexity/Complex Systems/Complex Interventions, y los bloques constitutivos de Tratamiento de la Esquizofrenia, Música y Clínica y Sistemas Complejos.

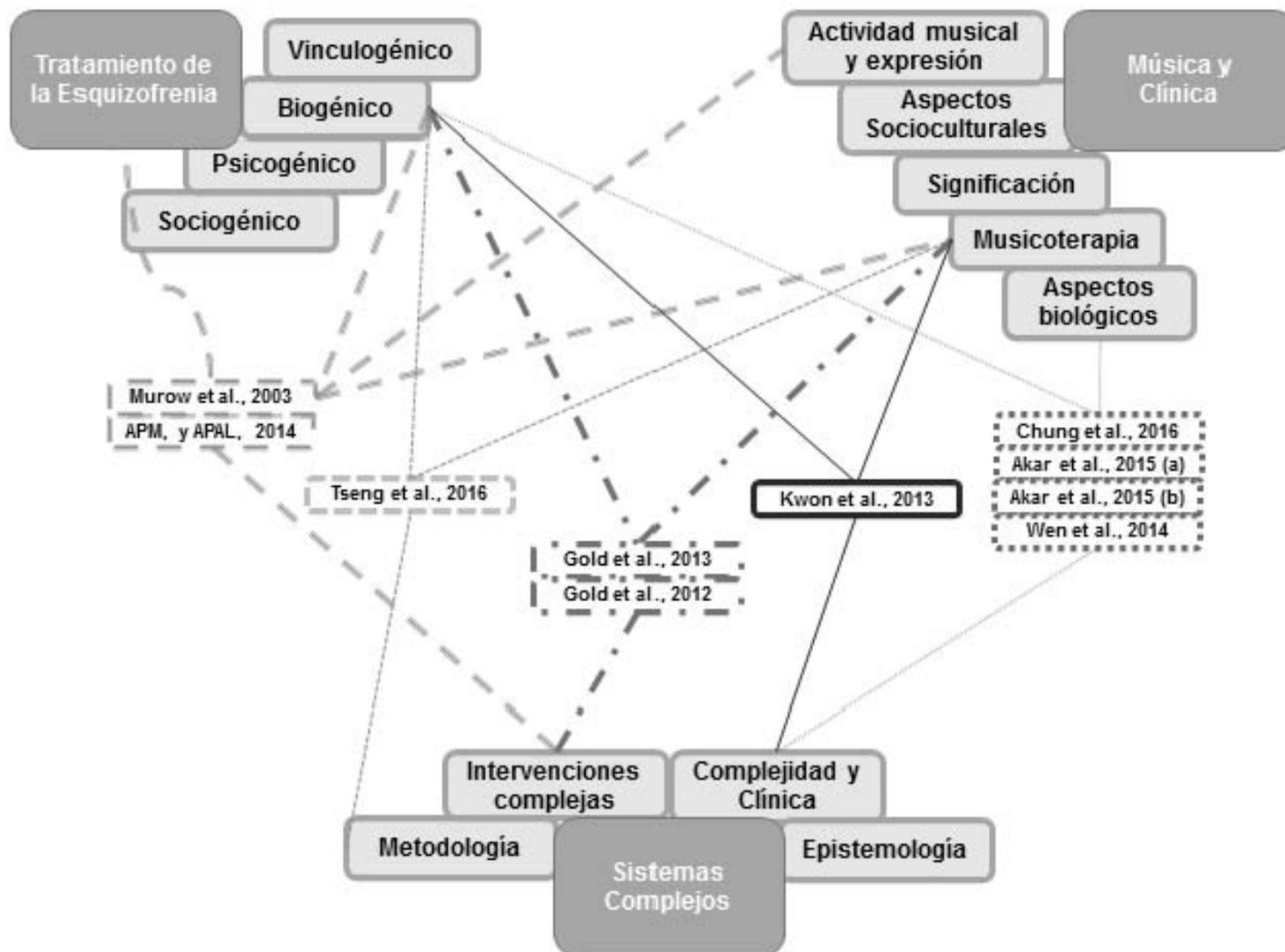


Tabla 5.2.- Resultados de la búsqueda en las bases de datos de los artículos de interés en la clínica de la psicosis, complejidad y la interdisciplina con las artes.

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>	<i>Descripción</i>	<i>Conclusiones y comentarios</i>
Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., y Walker, E. F.	2017	The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities.	Revisión de publicaciones relevantes respecto a la actualización en 2008 del modelo Diatesis-Estrés Neural de la esquizofrenia inicialmente propuesto en 1997, que relaciona la complejidad de la función axial adrenal-pituitaria-hipotalámica en asociación con el neurodesarrollo, la epigenética, neurotransmisores, procesos inflamatorios y la estructura cerebral.	Propone extender al modelo los aspectos del contexto neuro-psicobiológico de estrés en la progression psicótica, incluyendo la implicación del tratamiento farmacológico en el transcurso sintomatológico en beneficio de la funcionalidad y su desempeño cotidiano.
Chieh-Cheng, S., Walsh, E., y Schepp, K. G.	2016	Vulnerability, Stress, and Support in the Disease Trajectory from Prodrome to Diagnosed Schizophrenia: Diathesis–Stress–Support Model.	Propone construir un modelo conceptual para describir los factores principales relacionados al proceso prodrómico de la esquizofrenia en teoría del desarrollo humano sintetizando evidencia empírica y revisando fortalezas y limitaciones de los actuales modelos conceptuales.	Dos directivas son puntualizadas para alterar la trayectoria patológica: el tratamiento de los síntomas y la inhabilidad experimentada individualmente y la prevención; ambos focos se ven alterados por la complejidad que surge en la interacción de los sujetos sensibles con el contexto, lo cual puede desencadenar en episodios psicóticos.
Gopalakrishna, G., Ithman, M. H., y Lauriello, J.	2016	Update on New and Emerging Treatments for Schizophrenia.	Revisión de los recientes tratamientos en la esquizofrenia incluyendo la discusión de diversos neurotransmisores y la evidencia que surge de la experimentación y presentación de nuevas medicaciones.	Nuevos tratamientos son descritos en función de nuevos sistemas involucrados en la sintomatología, como los sistemas del glutamato, la glicina, fosfodiesterasa, nicotínico y otros; señalando la influencia de la industria farmacéutica en la generación y aplicación de la medicación.
Yum, S. Y., Hwang, M. Y., Nasrallah, H. A.,	2015	Transcending Psychosis, The Complexity of	Revisan y discuten aspectos conceptuales de la comorbilidad, la patogénesis biológica, la estrategia de	El análisis de las características fenomenológicas, neuro-fisio-anatómicas y genéticas de la

y Opler, L. A.		Comorbidity in Schizophrenia.	subtipificar el diagnóstico considerando el tratamiento y el surgimiento de otros aspectos diagnósticos en la esquizofrenia.	esquizofrenia y su comorbilidad requieren de perspectivas tanto dimensionales como categóricas, así como el ajuste que la medicación ha de adaptarse para dirigirse a la sintomatología específica conforme se vaya detectando en futuras investigaciones.
Bradshaw, T., Lovell, T. K., Bee, P., y Campbell, M.	2010	The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia.	Desarrollan y evalúan un programa de salud de 10 sesiones para 45 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, considerando la incidencia de diabetes, trastornos cardiovasculares y aumento de peso debido a la medicación, entre otras problemáticas adyacentes al estilo de vida.	La intervención completa osciló entre las 5 y las 10 sesiones, los cuales presentaron como mayor problemática la asistencia, sugiriendo realizar un grupo abierto. Los participantes presentan un aumento significativo en la ingesta de alimentos saludables y de actividad física.
O'Connor, B., y Gabora, L.	2009	Applying Complexity Theory to a Dynamical Process Model of the Development of Pathological Belief Systems.	Un modelo del proceso general dinámico de los trastornos psiquiátricos es propuesto el cual especifica los procesos cognitivos básicos involucrados en la transición entre las creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo que son normales y aquellas creencias que son rígidas, extremas y poco adaptativas.	El modelo describe las principales características de los sistemas de creencias entre distintas patologías psiquiátricas, la dinámica entre sistemas de creencias normales y patológicos, su comorbilidad y su sintomatología cuyas asociaciones causales operan en ambas direcciones.
Álvarez, J. L., y Colina, F.	2007	Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia.	Se pregunta acerca de si el síntoma de la alucinación ha estado presente desde el concepto de locura o si es una denominación de reciente aparición en la historia.	En diversas interpretaciones ancladas en el contexto en el que está inmerso el alucinado y dado que generalmente no se sabe lo que dicen, inefables los autores significan las voces: "llaman al otro para hacer compañía al psicótico" (Álvarez y Colina, 2007).
Najmanovich, D.	2005	Estética de la complejidad.	Estudia la posición epistemológica de la estética frente a un argumento de la	El pensamiento complejo se desarrolla en el borde de los nudos cognitivos

			<p>complejidad en el sujeto moderno: “Pensar un universo independiente del pensamiento que lo está pensando: he aquí la paradoja fundante de la epistemología” (Najmanovich, 2005).</p>	<p>bordianos, donde una estética diferente, basada en una praxis vital y una ética que permitan explorar nuevas cartografías dinámicas mediante un estilo de indagación que permite alejarse o acercarse, como un “configura-zoom”, del objeto y sujeto inmersos en el proceso del conocimiento y su pensar complejo.</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 5.2.1- Interacciones de los resultados de la búsqueda en las bases de datos de los artículos de interés en la clínica de la psicosis, complejidad y la interdisciplina con las artes, y los bloques constitutivos de Tratamiento de la Esquizofrenia, Música y Clínica y Sistemas Complejos.

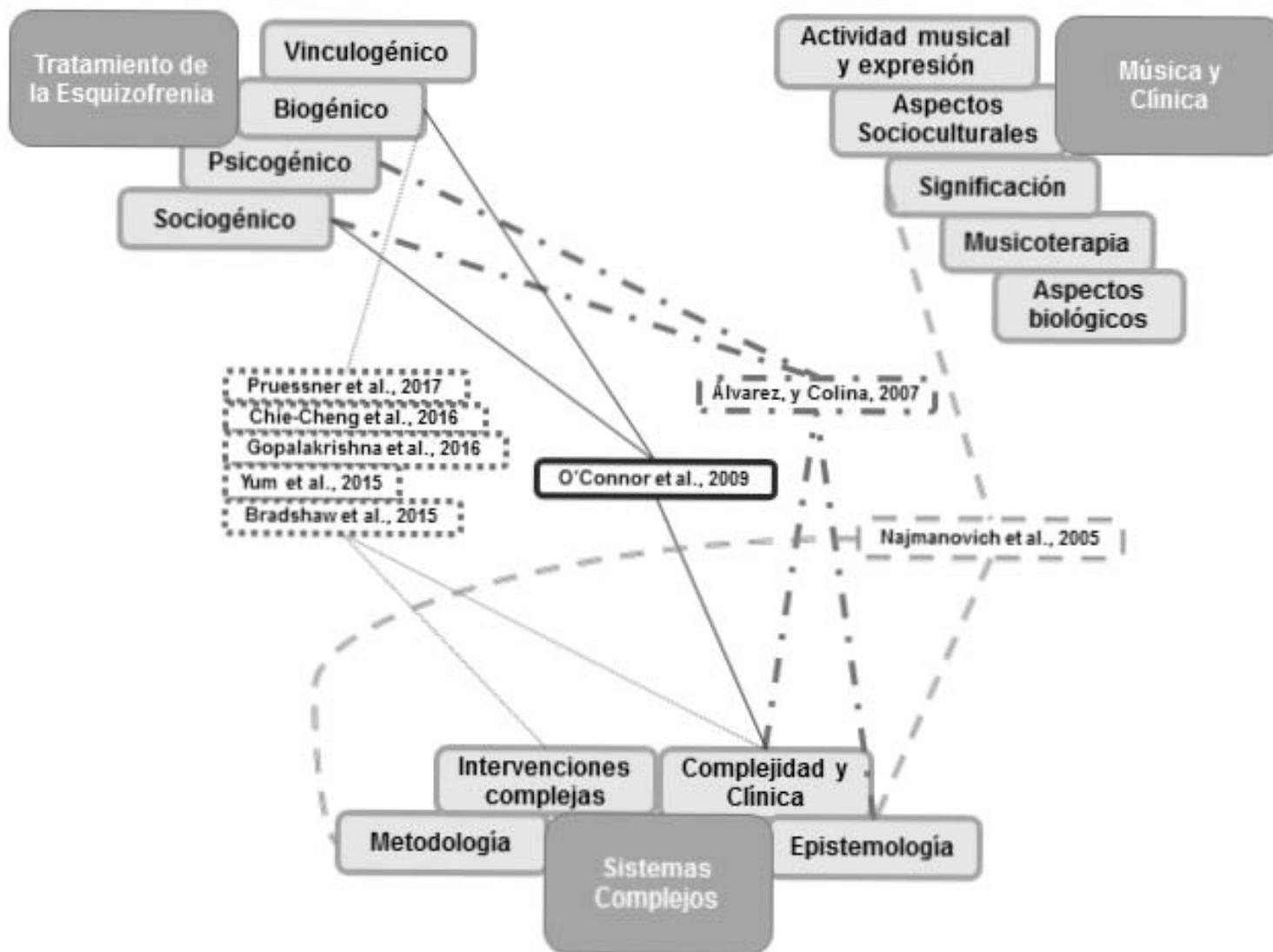


Tabla 5.3.- Resultados de los trabajos de tesis destacados en la atención del paciente con vivencia de la sintomatología esquizofrénica y psicótica y su tratamiento a través de la música.

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>	<i>Descripción</i>	<i>Conclusiones</i>
De Lira, J.	2016	El impacto de la musicoterapia en la sintomatología negativa de los pacientes esquizofrénicos del Servicio de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.	Se aplicaron 15 sesiones de musicoterapia en un grupo cerrado conformado por 12 pacientes hospitalizados diagnosticados con esquizofrenia, y se realizaron mediciones con las escalas PANSS, SANS y SAPS para investigar diferencias en la sintomatología negativa.	Se encontraron diferencias progresivas a través de las sesiones, encontrando sólo diferencias estadísticamente significativas en la escala SAPS, mostrando beneficios de la aplicación del taller en la sintomatología negativa.
García, A. P.	2016	Psicología y Música: La música como estrategia para favorecer el vínculo entre madre y niño autista.	Revisión literaria y un estudio donde la interdisciplina artística y clínica se enfoca en la elaboración del vínculo entre la madre y el niño autista para aportar cambios significativos en la relación y calidad de vida de ambos.	La música favorece el vínculo entre la madre y el hijo durante las sesiones, denotando la delicada posición de esta, la naturalidad de la actividad y la no invasividad de la intervención.
Navarrete, J. J.	2013	La música en la recuperación de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia.	Intervención de música como método terapéutico en la recuperación de habilidades sociales en un estudio pre/post-test sin grupo control con 6 pacientes diagnosticados con esquizofrenia.	Se observaron cambios significativos en cinco de los seis participantes en habilidades tanto verbales como no verbales así como un cambio significativo en nociones corporales y cognitivas detectadas en el HTP pre/post-test.
Téllez, P.	2013	Una mirada al arte como mundo sublimado.	Investigación de perspectiva psicoanalítica que busca los rasgos entre la locura y la genialidad en el hacer artístico, resaltando aquellos que permitan la sublimación en el paciente psicótico.	"La creación es ruptura de esquemas, transgresión del Ello y victoria viva del ego" (Téllez, 2013). El proceso de sublimación de la creación artística permite, en el promotor de salud mental, y en todo aquél que ejecute la obra, contactar con la realidad y consigo mismo develando la metáfora de la ideología contemporánea en

				simbiosis con la historia propia.
Villela, L. D.	2011	La musicoterapia como técnica de control de ansiedad en pacientes con psicosis.	Presenta técnicas musicoterapéuticas con mediciones tanto cuantitativas como cualitativas para el manejo de ansiedad en pacientes con padecimientos psicóticos.	Hay disminución significativa en rasgos de ansiedad, particularmente los que atañen al entorno y el contexto, su lazo social. La voluntariedad, el reconocimiento entre sujetos de sí y de los otros y el disfrute de las actividades son observaciones que favorecen la reestructuración de la personalidad del paciente.
Rivas, R.	2009	Psicología y Arte: Del conflicto con dios al conflicto con el padre; análisis de un personaje Ivan Karamazov.	Análisis del personaje Principal de la obra de Dostoievsky "Los Hermanos Karamazov" desde la perspectiva del psicoanálisis donde ejemplifica el conflicto con la construcción de la figura del Padre y sus expresiones comportamentales sintomáticas dentro de la obra, del contexto y biografía del autor.	Denota una convergencia que condensa el pensamiento entre el personaje de la obra y el autor, exponiendo el convencimiento consciente por la modernidad pero la necesidad de reconciliarse con dios.
Langan, G.	2005	La ceremonia del arte donde lo siniestro de la enfermedad se ofrece en una construcción estética.	Sesiones de musicoterapia en 3 grupos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Buenos aires, que buscan la presencia de un mecanismo que transforme lo siniestro/ caótico, en una obra estética que desde la creación adapte activamente a la realidad.	La improvisación musical con los pacientes permitió colocarlos en un protagonismo sonoro, que expresa potencialidades desconocidas o rescata aspectos postergados, elaborando eventos angustiantes que develan verdades íntimas que al compartirse permiten ser abordadas o por lo menos, reconocidas.
Murow, E.	2003	El empleo de la musicoterapia para desarrollar habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia crónica.	Se hace la comparación entre un grupo de 15 pacientes con esquizofrenia crónica que asistieron a musicoterapia, un grupo de 13 pacientes en terapias múltiples y otro de 14 pacientes en terapia psicosocial en el mejoramiento de sus habilidades sociales.	Los resultados no brindan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos: todos los pacientes se beneficiaron de las intervenciones terapéuticas a favor de sus habilidades sociales.

Esquema 5.3.1- Interacciones de los trabajos de tesis destacados en la atención del paciente con vivencia de la sintomatología esquizofrénica y psicótica y su tratamiento a través de la música, y los bloques constitutivos de Tratamiento de la Esquizofrenia, Música y Clínica y Sistemas Complejos.

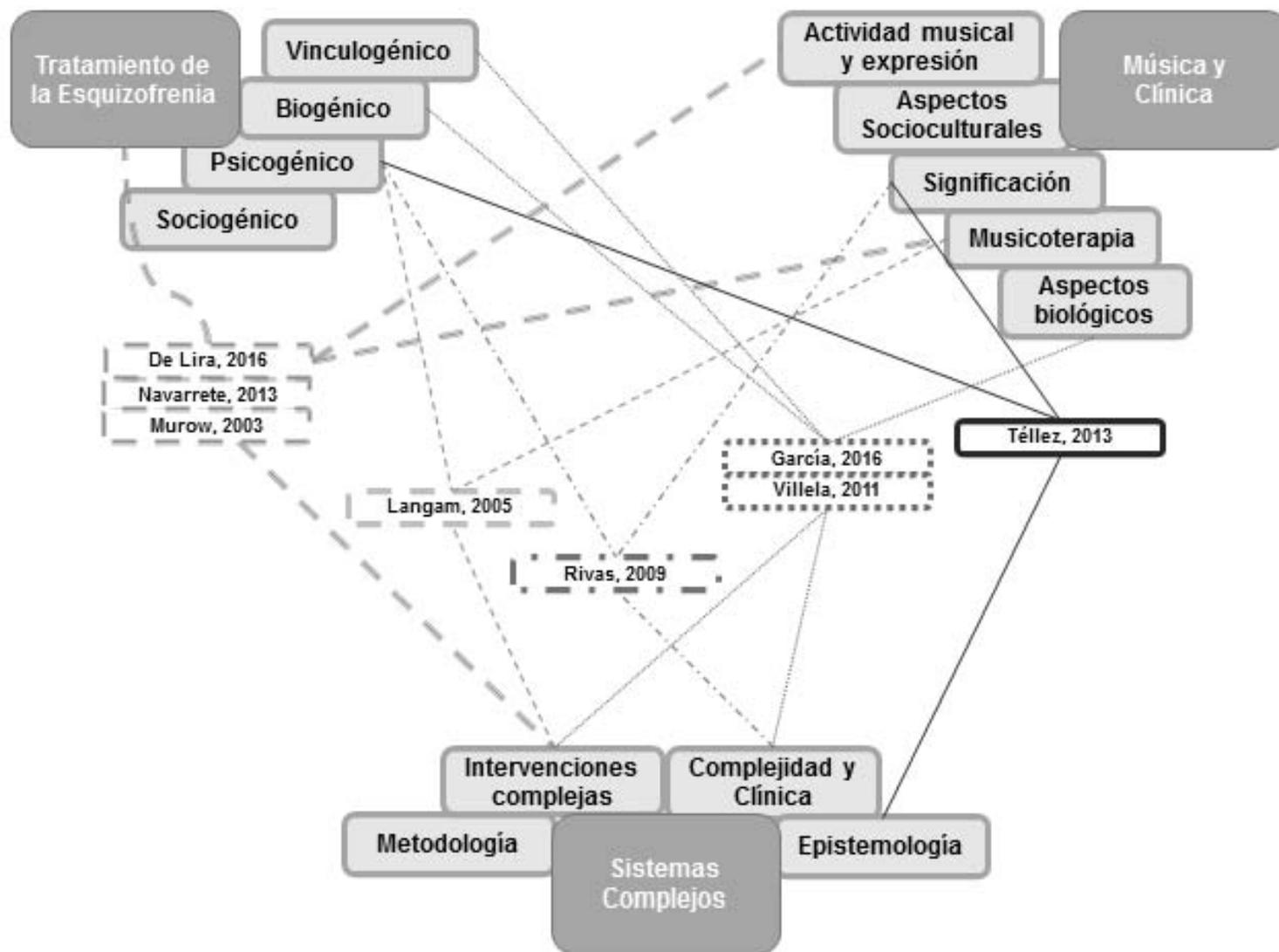


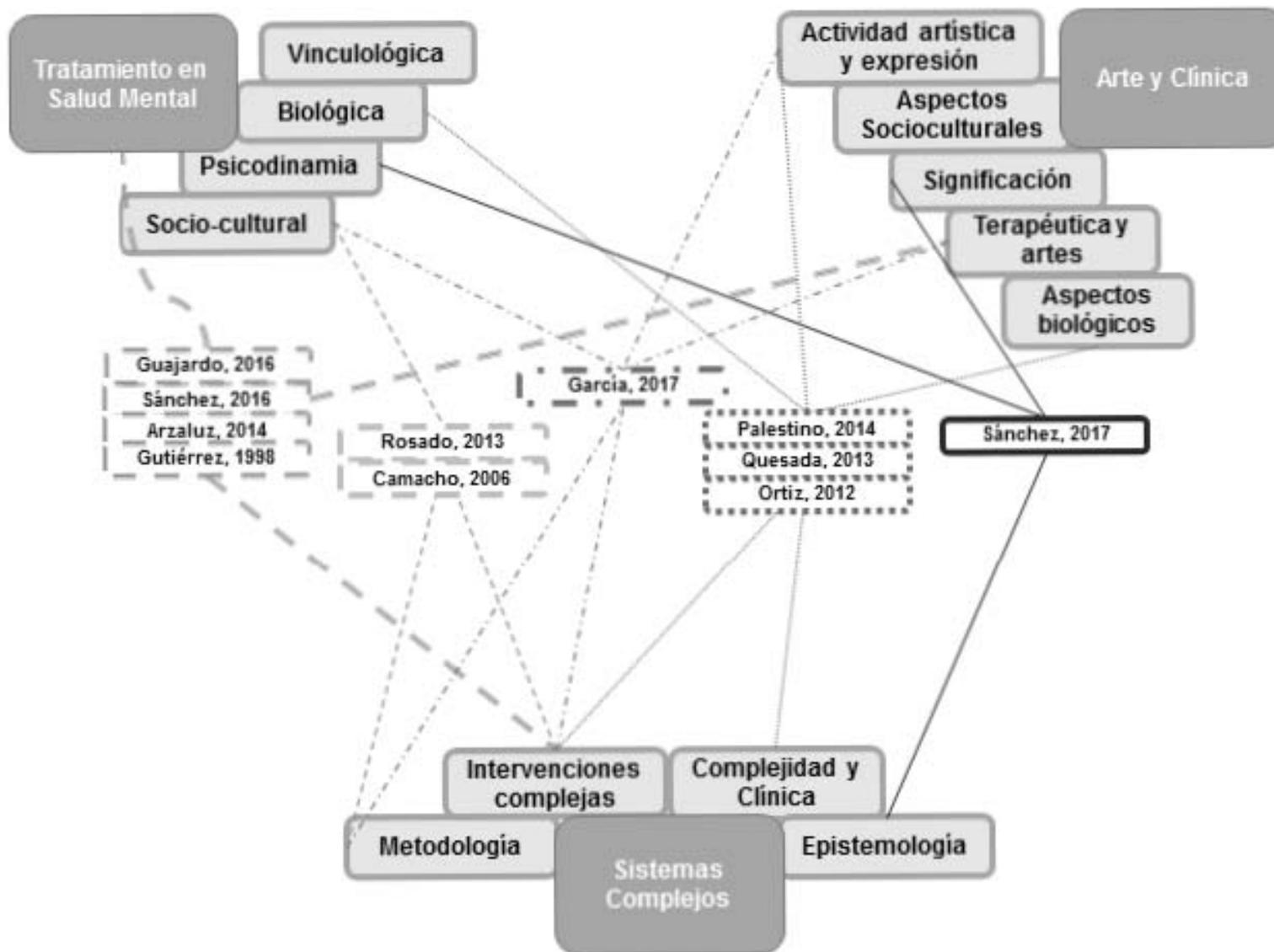
Tabla 5.4.- Otros trabajos de tesis destacados en la clínica e intervenciones interdisciplinarias a través de la música.

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>	<i>Descripción</i>	<i>Conclusiones y comentarios</i>
García, A. L.	2017	Música, Salud y Bienestar: una propuesta de políticas culturales en beneficio de lo social e individual por medio de prácticas musicales.	Elaboración de una propuesta de creación y orientación de políticas culturales mediante actividades musicales dirigidas al bienestar integral basadas en el Musicking.	Traza un diseño para la proposición en política pública en la cual la actividad musical no sólo es una actividad de escenario, sino de interacción en comunidad y de descubrimiento y desarrollo individual integral.
Sánchez, M. A.	2017	Principio metapsicológico en la estética musical.	Plantea tres problemáticas principales en el anudamiento musical entretelado en el sujeto y su experiencia estética: causa entre la continuidad de la forma musical y el objeto que encubre la variable temporal y dinámica; la articulación de la estética respecto a su incompletud pulsional hacia la Cosa; y las escenas que pondrían en juego el aporte expresivo.	"El lenguaje originario depende de la expresión del deseo del Otro; el inicio y fin de la experiencia estética musical con entonaciones metapsicológicas, es asunto del mismo cuya movilidad se produce por lo simbólico" (Sánchez, 2017).
Guajardo, J. D.	2016	Psicología y Arte: una mirada cognitiva dentro de la esfera teatral.	Combinación interdisciplinaria de la teoría teatral, el trabajo clínico y la investigación cognitiva para la presentación de un taller de 9 sesiones realizado en la Ciudad de México con 6 participantes voluntarios quienes escriben, dirigen y actúan una obra propia.	Las actividades desarrollados bajo el enfoque de "El teatro al servicio de la persona" permitieron la observación de la expresión y elaboración clínica de las facultades y habilidades de los participantes.
Rosado, M. A.	2016	Población en situación de pobreza e indigencia en la Ciudad de México: un acercamiento a través de la Arteterapia y reconocimiento de sus necesidades emocionales.	Elaboración de un taller de Arteterapia con población en situación de calle en dos momentos: con una pareja por tres sesiones; segundo momento, la expresión de necesidades para generar propuestas útiles mediante los recursos plásticos, observación y entrevistas semiestructuradas.	Las principales necesidades referidas son tener vivienda, alimento, vestido, servicios de salud, empleo, medicinas, educación y documentos de identidad, y surge la proposición de intervención de jornadas de servicios y talleres de autosustentabilidad, educación sanitaria, planificación familiar y su respaldo de estos desde el marco

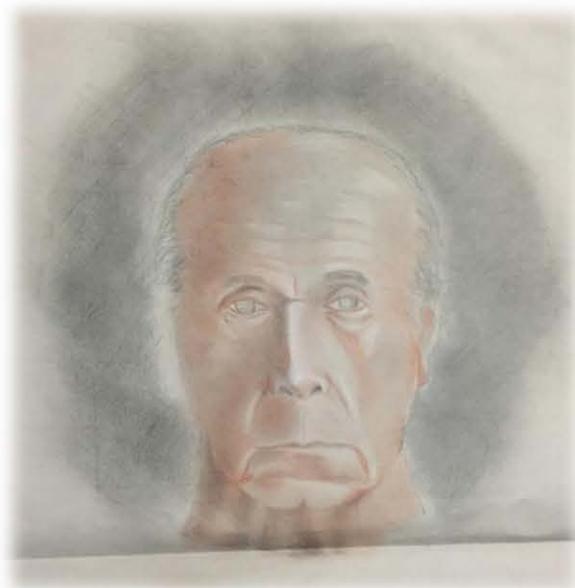
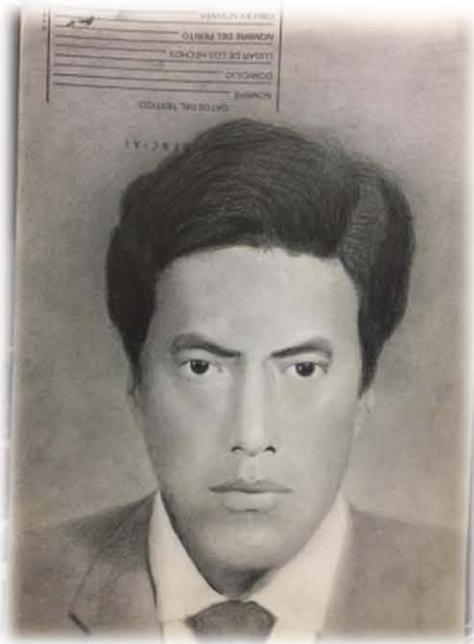
				médico, jurídico y psicológico.
Sánchez, D. A.	2016	Psicología y Música: El canto coral como apoyo al desarrollo integral del ser humano.	Revisión del estado del arte de la influencia del canto coral en el desarrollo integral del ser humano.	Hay una extensa gama de estudios que resaltan la importancia de continuar con la investigación e implementación de la actividad coral en distintos ámbitos del ser biopsicosociocultural, integralidad inherente a los elementos que conforman el poder cantar.
Arzaluz, S. V.	2014	Propuesta de un programa de terapia artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión.	Propone un programa de intervención psicológica en terapia artística con perspectiva cognitivo conductual en 12 sesiones con un grupo de 10 mujeres con diagnóstico de depresión para evaluar cambios en niveles de depresión y categorización de creencias.	Se plantean técnicas verbales y no verbales creativas enfocadas a desarrollar habilidades afectivas, en la cognición y en el comportamiento, basadas en consideración a la literatura, la experiencia clínica, la farmacología y la estructuración organizada de actividades en un taller ya estructurado.
Palestino, P. B.	2014	El uso de la musicoterapia como herramienta terapéutica en oncología pediátrica.	Aplicación de la técnica musicoterapéutica en un taller de actividades recreativas y de composición en sesiones individuales y grupales, con 4 estudios de caso en jóvenes diagnosticados con cáncer y su impacto en la calidad de vida.	Las sesiones fomentan estados de ánimo positivos, la integración, la comunicación, la expresión de la vivencia y el desarrollo de redes afectivas.
Quesada, L. I.	2013	Consideraciones conceptuales acerca del ritmo en la música y el lenguaje, una perspectiva evolutiva y del desarrollo.	Investigación documental que relaciona la evolución y desarrollo de la música en los sujetos y el lenguaje hablado, resaltando la cualidad del ritmo.	Relaciones cognitivas existentes entre música y lenguaje son puntales para la generación de modelos de rehabilitación en funciones lingüísticas, basándose en métodos musicales didácticos y ejercicios rítmicos.
Ortiz, M.	2012	Psicología y Música: rehabilitación motora en un paciente con daño cerebral.	Estudio de caso único instrumental observacional y longitudinal, de 11 semanas de duración con actividades de estimulación rítmico-auditiva, moldeamiento en el desempeño sensorial, interpretación rítmico instrumental terapéutica, escucha musical y canto grupal.	Las actividades repercutieron en la rehabilitación motora del paciente favorablemente particularmente en dos aspectos: motivación y concientización del propio cuerpo.

Camacho, C. R.	2006	Práctica social y Música: una aproximación psicosocial.	Revisión de los elementos constitutivos de la música desde distintas perspectivas psicológicas y su implicación en el ser en movimiento simbolizado en y por otros.	La música es en el sujeto en grupo, un "canto de sirenas" de seducción y muerte que a través del juego del movimiento y la pausa construye y deconstruye al individuo, siempre inmerso en el contexto y la historia.
Gutiérrez, A.	1998	Psicología y Arte: la relación entre la educación artística y terapia de juego.	Revisión del estado del arte entre Educación artística y Terapia de juego de 1989 a 1996, clasificados entre el arte como objeto o como actividad, con el fin de señalar las principales relaciones y la elaboración de una propuesta de intervención para el desarrollo integral.	El arte y el juego están íntimamente relacionados, así como sus implicaciones en la integralidad de quienes los practican. Así mismo hay múltiples técnicas y observaciones a la práctica de las mismas que están involucradas en la propuesta realizada por la autora.

Esquema 5.4.1- Interacciones de otros trabajos de tesis destacados en la clínica e intervenciones interdisciplinarias a través de la música y los bloques constitutivos de Tratamiento en Salud Mental, Arte y Clínica y Sistemas Complejos.



6. Propuesta, limitaciones y conclusiones: Hacia un tratamiento a través de la música del sistema complejo de la sintomatología esquizofrénica



6. Propuesta, limitaciones y conclusiones: Hacia un tratamiento a través de la música del sistema complejo de la sintomatología esquizofrénica

De acuerdo con García (2006), en el reconocimiento de la problemática en la cual es posible abordar al sujeto con la vivencia diagnosticada con esquizofrenia a través de la música desde la perspectiva de los Sistemas Complejos, se definen las principales variables interrelacionadas en los bloques constitutivos que interactúan en los siguientes sistemas:

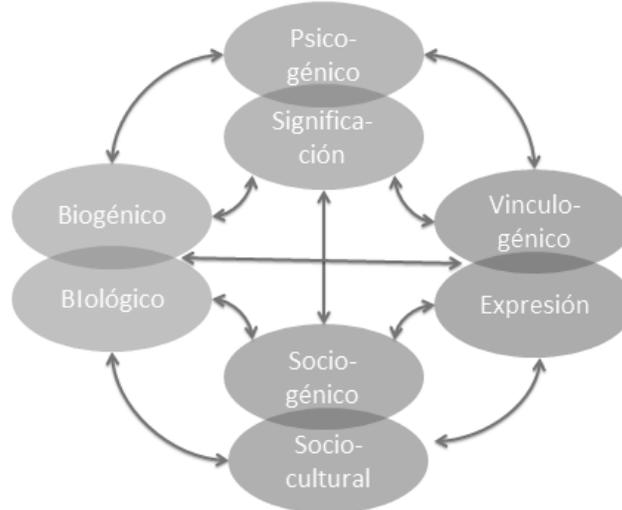
Vivencia esquizofrénica.- Teoría Biogénica: traumatismos y lesiones, genética y evolución, efectos farmacológicos, neurofisiología y su tratamiento principal la rehabilitación psiquiátrica; Teoría Psicogénica: sujeto y otredad, significación, las voces, la voz propia, el silencio, estructura y mecanismos de defensa y su tratamiento el proceso psicoanalítico; Teoría Sociogénica: antipsiquiatría, sociedad y cultura, Gestalt, proyectos comunales y su tratamiento la terapéutica individual y colectiva; Teoría Vinculogénica: teoría de la comunicación, doble vínculo, madre loca, familia, cultura y su tratamiento la terapéutica sistémica; y los tratamientos ya mencionados que se vinculan con un marco institucional, marco legal, marco socio-cultural y un marco ético.

Música.- Concepto de música: significación, expresión, aspectos biológicos y aspectos socioculturales; Musicoterapia: modelo analítico, modelo cognitivo conductual, modelo Nordoff- Robins, modelo GIM y modelo Benenzon; Actividad artística musical: musicking, sociedad y cultura, cotidianeidad e ideología; Música y clínica: los campos ya mencionados más la música en el tratamiento psiquiátrico.

Sistemas complejos.- Epistemología, metodología, intervenciones complejas, complejidad y esquizofrenia.

Los bloques constitutivos de los sistemas de esquizofrenia y música se muestran relacionados en el esquema 6.1.

Esquema 6.1.- Relaciones entre los bloques constitutivos de los sistemas de esquizofrenia y música.



Para la elaboración del estado del arte ante la búsqueda de los conceptos *Schizophrenia - Music*/Music Therapy - Complexity/Complex Systems/Complex Interventions*, se localizaron los trabajos presentados en las tablas 5.1, 5.2, 5.3 y 5.4 así como sus respectivos esquemas 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1, 5.4.1.

En estos trabajos localizados destacan aquellos dedicados a la investigación de efectos en la funcionalidad del sistema nervioso en personas diagnosticadas con esquizofrenia, comparativamente a personas sin este diagnóstico, donde se confirman la preferencia por estímulos sonoros con menor complejidad armónica y diferencias disfuncionales en la sensopercepción de la estimulación auditiva. Los menos frecuentes son aquellos dirigidos a aspectos epistemológicos y referidos a Teorías vinculológicas, lo que indica campos del conocimiento a desarrollarse.

Los estudios con población diagnosticada con esquizofrenia, proponen que la combinación de las características de la experiencia musical son compatibles con la ejercitación, estímulo y rehabilitación de habilidades y características de la vivencia esquizofrénica de cada uno de los bloques constitutivos interrelacionados, particularmente las funciones motoras y de socialización, pues la música se vive en grupo con tanta naturalidad como en lo individual, incluyendo su combinación con otras disciplinas artísticas, como la danza, la pintura y el teatro.

Diversos trabajos se han elaborado no sólo a manera de desarrollo epistemológico y teórico sino como intervenciones complejas, sin explicitarlo, dado que se combinan distintas disciplinas de manera organizada e interactúan en proyectos comunes en beneficio de la calidad de vida y del concepto institucional de salud hacia los pacientes, siguiendo lineamientos éticos y legales pertinentes.

Para presentar la propuesta, la cual nace de experiencias personales y profesionales directas con las aplicaciones propuestas, se muestran a continuación siete ejemplos con sus respectivos modelos que resumen las variables interactivas en los bloques constitutivos de los sistemas complejos de la música, las actividades artísticas y la clínica enfocada al rubro de la psicosis, su prevención y tratamiento desde distintas perspectivas, los cuales complementan los resultados recopilados en el Estado del Arte.

Hay distintos momentos en el hacer clínico del día a día que resaltan el impacto de los sonidos y silencios organizados y su estética individual, como constaté en el taller de música en el 2011-2013 del Mtro. Alberto Romo Becerril en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dirigido al espectro de las esquizofrenias. Desde pacientes que encuentran una voz que dice las palabras y el grito que de ellos no brotan, el empuje para dar movimiento consciente y deseoso incluso a pesar de los efectos de la sintomatología patológica o la farmacológica, el atreverse a gritar sin gritar bajo el velo del canto con el cobijo de la persona al lado y soportar la extraña multitud de viejos conocidos para que les escuchen, y también las risas que surgen de la nostalgia y que hallan en el dispositivo clínico otro que escucha y resuena con gestos, miradas, silencios o palabras que fluctúan entre lo sublime y lo ridículo, tomando como aparente excusa pero importante lazo el compartir la experiencia musical espontánea o planificada, según lo mismos sujetos, que a cada momento ya no eran los mismos, así lo indicaran, bajo un encuadre de respeto a las reglas del servicio y a la convivencia en el grupo. Un posible modelo del sistema que surgió de las interacciones en este taller se ejemplifica en el esquema 6.2.

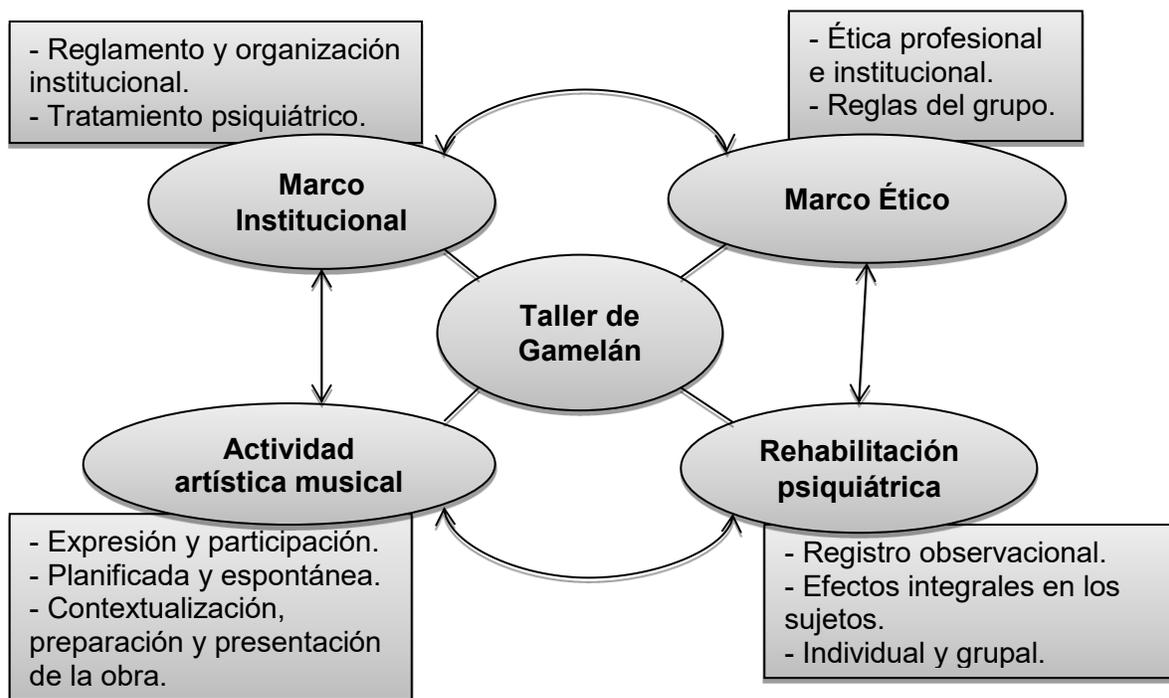
Esquema 6.2.- Modelo de elementos interactivos del taller de música del servicio de hospital parcial del Hospital Fray Bernardino Álvarez coordinado por el Mtro. Alberto Romo Becerril.



El taller de Gamelán celebrado en 2011 por el grupo AmArte de familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente y el grupo de enseñanza e interpretación musical Indra Swara, es un ejemplo de la interacción que puede resultar de un instrumento conformado por diversas percusiones diseñado, entre otros objetivos, para desarrollar sentidos de comunidad. En cada instrumento hay un rol en el que se participa: instrumentos más aislados donde puede observarse todo el panorama y otros donde han de estar de frente, inevitablemente cruzando miradas con sonidos, incluyendo un gong que inicia y finaliza la obra comunal cuando así está acordado por el clímax y la resolución armónica conjunta. Después de sesiones de práctica, contextualización y convivencia, el taller culminó en una muy elaborada y estimada presentación musical por parte de los pacientes para sus familiares y personal de salud tratante. El taller estuvo a cargo del Psic. Camilo García y el Maestro de Gamelán Esteban González de quien cito: “No importa cuántas veces se pierdan, el chiste es volverse a encontrar con el apoyo de los

demás, escuchándolos”. El posible modelo del sistema que surgió de las interacciones en este taller se ejemplifica en el esquema 6.3.

Esquema 6.3.- Modelo de elementos interactivos del taller de gamelán desarrollado por el grupo AmArte y el grupo Indra Swara.



Otra experiencia ejemplificadora es la concerniente al Programa Coral Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual están conformado por coros de distintas facultades, y al Coro Filarmónico Universitario. En ambos pueden integrarse músicos profesionales, amateurs, no músicos estudiantes o egresados de muy distintas disciplinas, personal administrativo e incluso personas de la comunidad en general que estén interesadas. Reunirse en un grupo, con las características psicodinámicas que ello implica, con la tarea en común de experimentar el hacer y la contemplación estéticos, no sólo contempla el conocimiento y reconocimiento del cuerpo físico y sonoro propio de cada sujeto, incluye el zurcido y deshilado que se da en el tejido social. Conlleva tomar postura, silenciar para preparar el instrumento estando siempre pendiente en la escucha de lo que ocurre alrededor, y emitir expresivamente un multicultural repertorio que trasciende épocas, reviviéndolas efímeramente en la interpretación que se da en

espacios públicos especializados acústicamente o no. En el aspecto clínico no solo es posible conocer la fenomenología relativa a lo coral descrita por Diana Sánchez (2016), sino también constatar las ventajas en el lazo social que involucra a las personas quienes, con discretas y distintas sintomatologías diagnosticadas o no, encuentran apoyo e integración cotidiana en la comunidad. Un modelo de del sistema interactivo de la actividad coral es ejemplificado en el esquema 6.4.

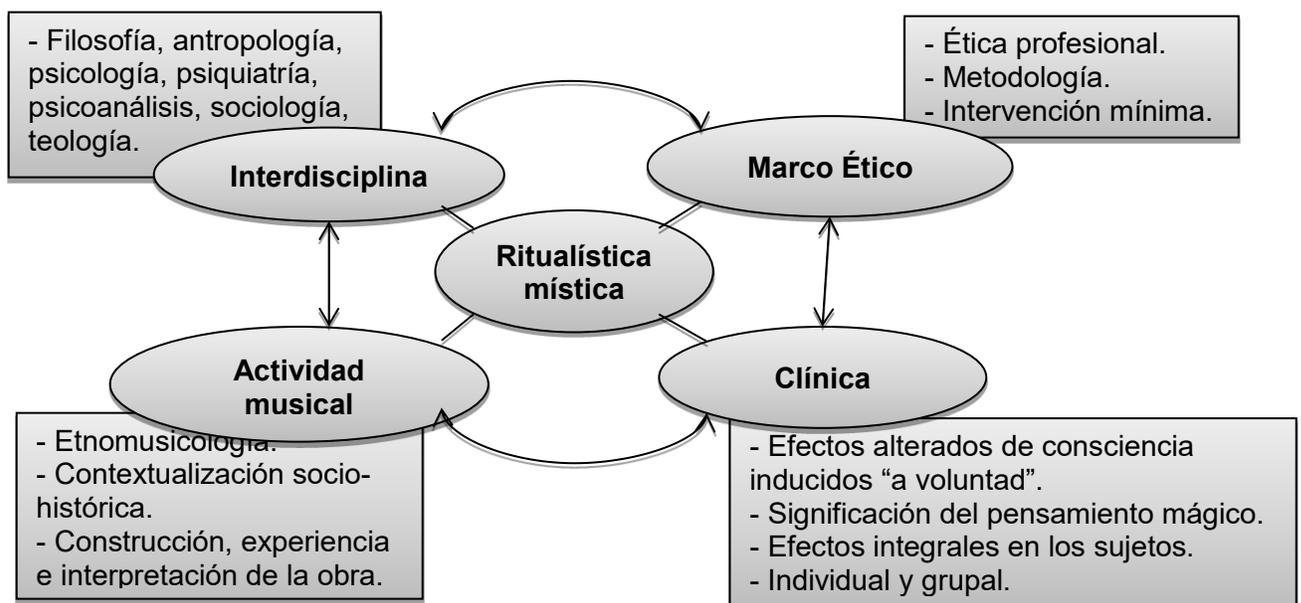
Esquema 6.4.- Modelo de elementos interactivos experimentados en la actividad coral.



También el campo de la ritualística mística en distintas culturas y la música que le involucra es de mencionarse, dado que la práctica e interpretación de lo místico son temas recurrentes en el estudio de la psicosis por la antropología, psiquiatría, psicología y psicoanálisis. La antropología señala una metodología que permite un escribir histórico tendiente a la interacción natural con la actividad que se está investigando, y bajo este hacer, Yébenez (2014) nos menciona que el discurso mágico: "... No sólo es explicativo, sino constitutivo de una experiencia 'heterodoxa' en la que, precisamente través de él se trata de suturar de manera 'no ortodoxa', 'ilegítima' y 'desviada', la apertura e indeterminación del

significado". Eliade (2016) también muestra las muy distintas formas de conceptualizar e interactuar el mundo, como en el chamanismo, desde una mirada que busca garantizar un carácter concreto más allá de sintomatologías psicóticas y epilépticas autoprovocadas. También hay grupos académicos reconocidos, como en la Universidad de Harvard y su encuentro con el Dalai Lama, que se han interesado en el conocimiento y prácticas de distintas corrientes budistas para poder complementar con otras disciplinas como la medicina y la psicología y desarrollar técnicas encaminadas a mejorar la salud y la calidad de vida (Goleman, 1998). El experimentar del cuerpo sonoro es una entre otras guías hacia el éxtasis, y puede ser mediante el gamelán, donde hay notas musicales que sólo son tocadas en circunstancias muy específicas, prohibidas para la cotidianeidad; la ritualización de la creación y utilización de instrumentos de percusión, cuerda o viento muy diversos para crear el baile y entrar en trance comunitario en múltiples técnicas arcaicas, incluso en un concierto de música electrónica; o el canto profundo de notas resonantes, generalmente graves con muy alta resonancia, con respiración continua en diversas técnicas de meditación. El ejemplo de modelo del sistema interactivo en el estudio de la ritualística mística y la música está representado en el esquema 6.5.

Esquema 6.5.- Modelo de elementos interactivos en el estudio de la ritualística mística y la música involucrada en ella.



En Argentina se realiza una transmisión de radio local desde 1991 por medio de una antena localizada en el Hospital Psiquiátrico Borda, en Buenos Aires, llamada Radio Colifata, co-creada y dirigida por el Psic. Alfredo Olvera, proponiendo un contrapunto al aislamiento para poder dar escucha de los pacientes hacia la comunidad: "les hizo sentir que su palabra tenía valor" (DPA, 2015). Inició con programas de opinión entre los pacientes a los cuales les daban respuesta por parte de los radioescuchas; las grabaciones se editan con fines éticos, terapéuticos y estéticos y posteriormente es difundido el resultado y elaborado clínicamente con los pacientes co-creadores. Personas conocidas como Manú Chao y otras re-conocidas como los pacientes dados de alta fortalecieron la incluyente red que reinsertaba su voz en el encuentro con los otros y les hace participe de su vivencia, influyendo en políticas públicas. Un modelo del sistema interactivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia y el Proyecto de Radiodifusión Colifata está representado en el esquema 6.6.

Esquema 6.6.- Modelo de elementos interactivos en el Tratamiento de la Esquizofrenia y Radio Colifata.



En la experiencia resultante del Servicio Social en Psiquiatría Comunitaria en Hospital Parcial de fin de semana del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a cargo del Psic. Jorge Torres, el Psiqu. José Luis Estrada y el Psiqu. Óscar Ojeda, se desarrollaron talleres psicoeducativos en comunidades aledañas al hospital. En estos talleres se elaboraba un temario sobre Salud Mental y Familia, con temáticas abordadas desde los campos biológico, psicodinámico, vinculo lógico y sociológico, con el objetivo de dar atención primaria de prevención y detección de problemáticas para su orientación, redireccionamiento y ser evaluados institucionalmente ya en un proceso formal de tratamiento. Similares objetivos eran en un taller alterno y simultáneo al taller educativo con los niños familiares de los asistentes, que consistía en actividades lúdicas y artísticas de integración, expresión, cuentacuentos, dibujo, papiroflexia, baile, deporte, canto y teatro improvisado, no sólo basados en la experiencia de los coordinadores en cada una de las disciplinas, también en la psicodinámica de grupos y la formación clínica psicológica. El modelo del sistema interactivo de Psiquiatría Comunitaria y Actividades artísticas está representado en el esquema 6.7.

Esquema 6.7.- Modelo de elementos interactivos en la atención primaria en salud mental del servicio de Psiquiatría Comunitaria y las Actividades Artísticas.



Como último ejemplo, tras 5 años como acompañante terapéutico de pacientes psiquiátricos, bajo la supervisión del Psic. Alberto Herrera, la Psic. Rebeca Ponce y la Psita. Patricia Robles, en casos diagnosticados como bipolaridad, esquizofrenia, desórdenes alimenticios y espectro autista entre otros; conjuntar la actividad artística a la cotidianeidad de la labor clínica desarrolla un conjunto de herramientas integrales las cuales permiten desde la creación y fortalecimiento del vínculo terapéutico, ejercicios de rehabilitación psicomotriz y social ante la sintomatología etiológica y farmacológica, hasta la discusión de significaciones y sensopercepciones experimentadas en puntos críticos de vivencia y su posible re-escritura por la escucha y la palabra del paciente en su propia historia con fines éticos de salud y calidad de vida. En el esquema 6.8 se encuentra el sistema y sus interacciones entre el Acompañamiento Terapéutico y las Actividades artísticas.

Esquema 6.8.- Modelo de elementos interactivos en la atención primaria en salud mental del servicio de Psiquiatría Comunitaria y las Actividades Artísticas.

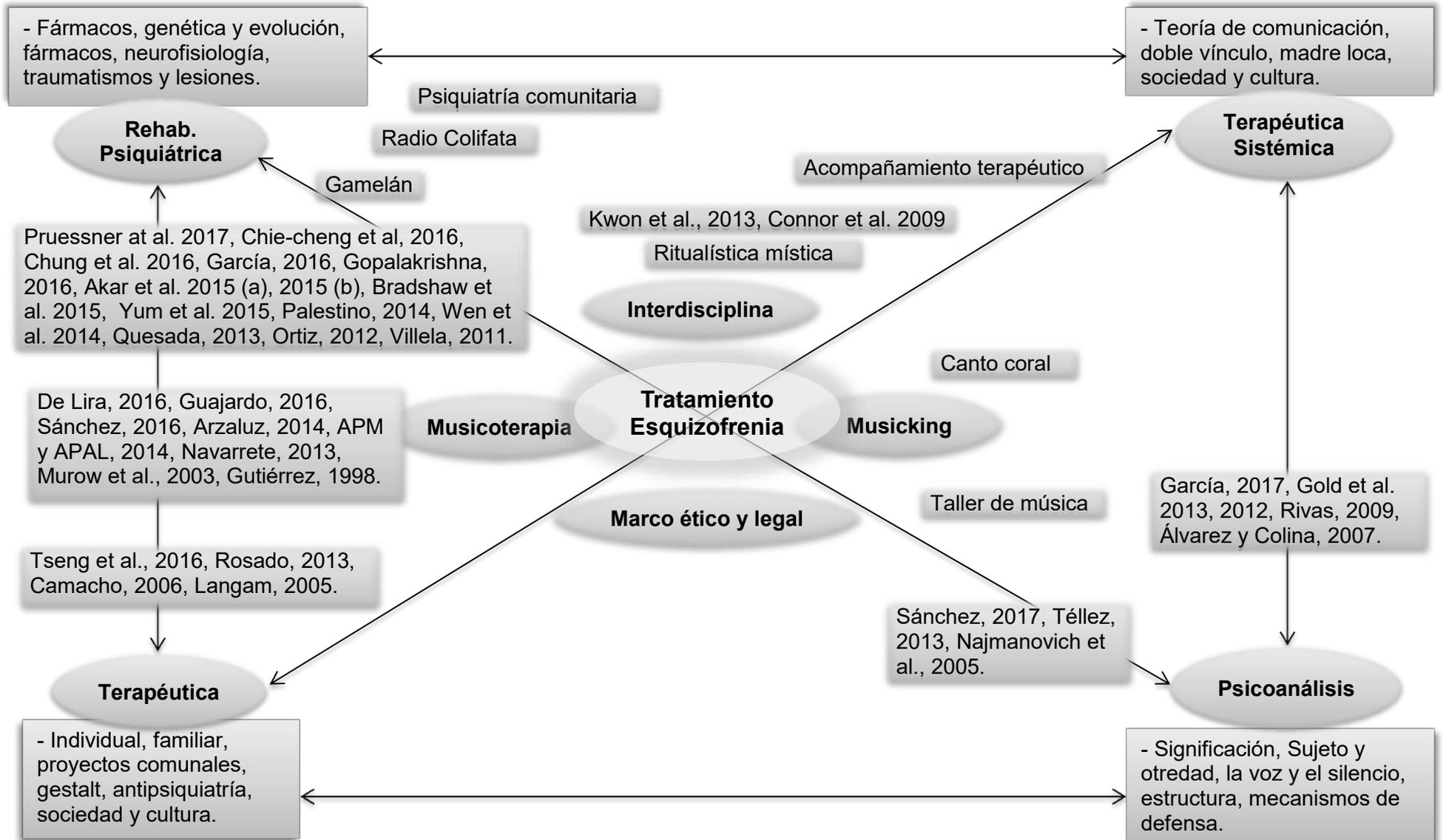


Luego entonces: *¿De qué manera es posible abordar el tratamiento del sujeto con la vivencia diagnosticada con esquizofrenia a través de la música desde la perspectiva de los Sistemas Complejos?* Teniendo en cuenta que:

- Un Sistema Complejo es auto-organizado, emergente, adaptativo y no lineal.
- Puede abordarse desde su epistemología –Complejidad General- o desde aplicaciones a casos específicos –Complejidad Restringida-.
- Está constituido por la interacción de bloques constitutivos los cuales a su vez están conformados por variables interactivas.
- Las variables y sus conceptualizaciones pueden ser abordadas metodológicamente desde distintas disciplinas y dentro de estas desde distintas perspectivas, las cuales pueden conjuntarse multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinariamente.
- La Vivencia Esquizofrénica y la Música son Sistemas Complejos que involucran al ser biopsicosociocultural.
- El ser biopsicosociocultural se desarrolla en marcos éticos e institucionales que median entre los sujetos para tender al beneficio mutuo.

Su tratamiento es no sólo a través de la Musicoterapia, que es en sí una transdisciplina de la música y la terapéutica, sino también de la actividad musical en muy distintos rubros de aplicabilidad: desde intervenciones complejas planificadas hasta el musicking que ocurre en la cotidianidad, como se observó en el estado del arte, los ejemplos ya descritos de música y clínica, y su resumen concluyente en el Esquema 6.9. Todo ello en un marco de construcción de lo real y lo verdadero en la convergencia y divergencia constantes entre las subjetividades que, en lo formal, discurren en el multílogo interdisciplinario, como es ya constatado en el estado del arte y otros ejemplos clínicos. Y esto ha ocurrido y puede seguir ocurriendo en las instituciones y en la práctica particular, siempre y cuando se mantengan condiciones éticas propicias enmarcadas en la formación profesional específicas a cada disciplina para formar grupos de trabajo clínico, los cuales podrán determinar variables, mediarlas cuantitativa y cualitativamente, aplicar y desarrollar técnicas específicas a cada caso, y tomar registro estructurado de lo ocurrido para su mejora continua, como lo señala García (2006) en las fases posteriores a este trabajo del proceso para abordar una problemática desde la Teoría de los Sistemas Complejos.

Esquema 6.9.- Modelo de elementos interactivos del Estado del Arte y otros ejemplos de música y clínica, hacia un tratamiento a través de la música del sistema complejo de la sintomatología esquizofrénica.



Las limitaciones resultantes de este trabajo fueron:

- La amplitud del conocimiento y la experiencia de cada disciplina es incuantificable como para mostrarla en su completud en este trabajo o en alguno otro, por lo que solo se dan esbozos generalísimos quedando en manos del profesional especializado en cada rubro clínico, artístico y epistemológico hacer las anotaciones y aclaraciones complementarias posteriores.
- Se plantean modelos para organizar experiencias clínicas las cuales no fueron abordadas originalmente desde la perspectiva de los Sistemas Complejos, sugiriendo su posible implementación bajo la organización interdisciplinaria y su correspondiente metodología mixta y medición según convenga a cada caso en lo particular.
- El Estado del Arte contiene una ínfima cantidad de los trabajos que pudiesen ser clasificados dentro de la complejidad, sin embargo, al ser las intervenciones complejas terminologías relativamente recientes, complejidad restringida es un campo fértil de investigación, incluyendo la vivencia esquizofrénica y su tratamiento.

Posteriores investigaciones podrán seguir mostrando los resultados de la interacción entre las disciplinas del conocimiento y su aplicación con objetivos éticos para mejorar la calidad de vida del ser biopsicosociocultural.

Referencias

- Aghajarian, G. K., Marek, G. J. (2000). Serotonin Model of Schizophrenia: emerging role of glutamate mechanisms. *Brain Res Rev*, 31 (2-3), 302-312.
- Akar, S. A., Kara, S., Latifoğlu, F., y Bilgiç, V. (2015). Estimation of nonlinear measures of schizophrenia patients' EEG in emotional states. *IRBM*, 36, 250–258.
- Akar, S. A., Kara, S., Latifoğlu, F., y Bilgiç, V. (2015). Analysis of heart rate variability during auditory stimulation periods in patients with schizophrenia. *J Clin Monit Comput*, 29, 153–162.
- Álvarez, J. L., y Colina, F. (2007). Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia. *Átopos*, 6, 4-12.
- Álvarez, L. (2014). *La música, el Dionisos vivo*. México: Arteletra/Colofón.
- Amozorrutia, J., y Maas, M. (2013). Sistemas sociales e investigación interdisciplinaria: una propuesta desde la cibercultur@. *Interdisciplina*, 1 (1), 141-170.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V*. Barcelona: Masson.
- Anzieu, D., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu, A., Guillaumin, J., ... y Nathan, T. (2004). *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- APM, y APAL. (2014). Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37, (1).
- Arbelle, S., Magharious, W., Auerbach, J. G., et al. (1997). Formal thought disorder in offspring of schizophrenic parents. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 34 (3), 210-221.
- Arzaluz, E. V. (2014). *Propuesta de un programa de terapia artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V. L. (23 de febrero de 2011). *Ley General de Salud Mental del Distrito Federal*. México: Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Barberis, M. B. (2011). *El soportable horror de la música*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Barberis, M. B. (2012). *David Helfgott Discípulo Eufórico de Eros: El soportable horror de la música II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Barcia, D. (2003). *Psiquiatría y humanismo*. España: Universidad Católica de San Antonio.
- Bateson, G., y Ruesch, J. (1965). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Beckmann, H., Senitz, D. (2002). Developmental malfunctions in cerebral structures in endogenous psychoses". *J neural Transm*, 109 (3), 80-92.
- Belger, M. (comp.). (1993). *Más allá del doble vínculo; comunicación y sistemas familiares, teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., y Campbell, M. (2010). The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 473–486.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia, Métodos y prácticas*. México: Pax.
- Camacho, C. R. (2006). *Práctica social y Música: una aproximación psicosocial*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (23 de diciembre de 1983). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (1984). *Ley General de Salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.
- Cassity, M. D., Cassity, J. E. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents and Children: A Clinical Manual*. USA: MMB Music (1991, 1996).
- Castañeda, S. (coord.). (1998). *Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en la enseñanza de ciencias, artes y técnicas (perspectiva internacional en el umbral del siglo XXI)*. México: Porrúa.

- Chapel Hill School of Medicine. (2016). *What is the PGC? – Psychiatric Genomics Consortium [online]*. North Carolina: UNC. Recuperado de: <https://www.med.unc.edu/pgc>
- Chávez, A. M., Menkes, C., y Solares, B. (coords.). (2008). *Ciencias sociales y multidisciplinaria: Memorias de las VII Jornadas Multidisciplinarias*. Cuernavaca: UNAM.
- Chieh-Cheng, S., Walsh, E., y Schepp, K. G. (2016). Vulnerability, Stress, and Support in the Disease Trajectory from Prodrome to Diagnosed Schizophrenia: Diathesis–Stress–Support Model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 810–817.
- Chung, Y. K., Chong, H. J., Kim, y S. J. (2016). Psychotherapy Perception of complexity, interest level, and preference for harmonic progression of music for adults with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 48, 1–7.
- Colectivo Docente Internacional (2008). *Glosario de la Complejidad*. Multiversidad “Mundo Real” Edgar Morín.
- Corona, G. (coord.). (2006). *El sueño de la razón produce Ecos: Goya, Klinger y Ruelas*. México: Museo Nacional de San Carlos.
- Costa, E., Davis, J., Grayson, D. R., et al. (2001). Dendritic spine hypoplasticity and downregulation of reelin and GABAergic tone in schizophrenia vulnerability. *Neurobiol Dis*, 8 (5), 723-742.
- Coyle, J. T., Tsa, G., Goff, D. (2003). Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of schizophrenia. *AM M Y Acad Sci*, 1003, 318-327.
- Cruz, A. (9 de marzo 2002). Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales. En Sandoval, J. M. y Richard, M. P. (2006). *La salud mental en México*. México: Cámara de Diputados del Congreso de la Unión/LIX Legislatura/Servicio de Investigación y Análisis/División de Política Social. <http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html>
- De la Fuente, J. R., & Heinza, G. (eds.). (2012). *Salud mental y medicina psicológica*. México: McGraw Hill.
- De Erausquin, G. A., Masciotra, L., Landreau, F., Conesa, H. A. (2005). Fisiopatología de la Esquizofrenia. En Merchant, N. F., y Monchablòn, A. *Tratado de psiquiatría* (552-572). Buenos Aires: Grupo Guía.
- De Lira, J. (2016). *El impacto de la musicoterapia en la sintomatología negativa de los pacientes esquizofrénicos del Servicio de Hospitalización Continua del*

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. (Tesis de doctorado) UNAM, México.

Department of Health and Human Services. (2009). *Code of Federal regularions, title 45 public welfare part 46, Protection of Human Subjects.*

Deschamps, C., Villegas, G. (1998). *La Escuela Mexicana de Musicoterapia: Manual.* México: Secretaría de Salud.

Dor, J. (1991). *El padre y su función en psicoanálisis.* Buenos Aires: Nueva Visión.

DPA. (16 de febrero del 2015). Radio Colifata, respuesta a prácticas sociales que propician la exclusión. *La Jornada*, pp. 13a.

Dworkin, R. H., Corn-Blatt, B. A., Friedmann, R., et al. (1993). Childhood precursors of affective vs. social deficits in adolescents at risk of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19 (3), 563-577.

Egan, M. F., Te, G., Kolachana, B. S., Callicott, J.H., Mazzanti, C.M., Straub, R.E., Goldman, D., & Weinberger, D. R. (2001). Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA*, 98, 6917–6922.

Eliade, M. (2016). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis* (2da. ed.). México: FCE.

Erviti, J., Agoff, C. (2008). Los estudios sobre sociedad y salud desde la multidisciplinaria. En Chávez, A. M., Menkes, C., y Solares, B. (coords.). *Ciencias sociales y multidisciplinaria: Memorias de las VII Jornadas Multidisciplinarias* (77-94). Cuernavaca: UNAM.

Escamilla, R., y Saracco, R. (2013). Psicosis. En J. R. De la Fuente, G. Heinze, y U. Facultad de Medicina (Ed.), *Salud Mental y Medicina Psicológica* (págs. 156-169). México: McGraw Hill.

Faraone, S. V., Gren, A. I., Seidmen, L. J., et al. (2001). Schizotaxia; Clinical implications and new directions for research. *Schizophr Bull*, 27, 1-18.

Fearon, P., Lane, A., Airie, M., et al. (2001). Is reduced dermatologic a-b ridge count a reliable marker of developmental impairment in schizophrenia? *Schizophr Res*, 50 (3), 151-157.

First, M. B., Phillips, K. A., y Pincus, H. A. (2005). *Avances en el DSM: Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico.* Barcelona: Masson.

Follari, R. (2013). Acerca de la interdisciplina, posibilidades y límites. *Interdisciplina*, 1 (1), 111-130.

- Regnault, F. (2010). Seminario Entretemps “La música no piensa sola”, Música y Psicoanálisis. *Consecuencias*, 5. Recuperado de: <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/005/template.php?file=arts/alcances/La-musica-no-piensa-sola.html>
- Frank, J. (1972). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1994). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco depresivos*. Buenos Aires: Lumen-Horme.
- Fundación Benenzon de Musicoterapia. (2016). *Modelo Benenzon*. Argentina: Fundación Benenzon de Musicoterapia. Recuperado de: <http://www.fundacionbenenzon.org/secciones/prof.html>
- García, A. P. (2016). *Psicología y Música: La música como estrategia para favorecer el vínculo entre madre y niño autista*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- García, A. L. (2017). *Música, Salud y Bienestar: una propuesta de políticas culturales en beneficio de lo social e individual por medio de prácticas musicales*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos*. España: Gedisa.
- García, R. (2013). Investigación interdisciplinaria de sistemas complejos: lecciones del cambio climático. *Interdisciplina*, 1 (1), 193-206.
- Gascón, P., Guerra, M. R., y Vizcarra, I. (Coord.) (2014). *Reflexiones en torno a la complejidad y la transdisciplina*. México: MC.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., y Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 82, 319–331.
- Gold, C., Erkkila, J., Crawford, M. J. (2012). Shifting effects in randomised controlled trials of complex interventions: a new kind of performance bias? *Acta Psychiatr Scand*, 126, 307–314.
- Goleman, D., Thurman, R. A. F. (1998). *Ciencia Mente: Un diálogo entre Oriente y Occidente*. Barcelona: Mandala.
- Gomberoff, L. (1999). *Otto Kernberg: Introducción a su obra*. Chile: Mediterráneo.

- González, J., y Nahoul, V. (2008). *Psicología psicoanalítica del arte*. México: Manual Moderno.
- Gopalakrishna, G., Ithman, M. H., y Lauriello, J. (2016). Update on New and Emerging Treatments for Schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 39, 217–238.
- Guajardo, J. D. (2016). *Psicología y Arte: una mirada cognitiva dentro de la esfera teatral*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Gutiérrez, A. (1998). *Psicología y Arte: la relación entre la educación artística y terapia de juego*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Harrison, P. J., Owen, M. J. (2003). Genes for schizophrenia? recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet*, 361, 417–419.
- Hans, S. L., Marcus, J., Nuechterlein, K. H., et al. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia. The Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (8), 741-748.
- Hodges, D. A. (1980). *Handbook of Psychology of Music*. Kansas: Lawrence.
- Howes, O. D., Montgomery, A. J., Asselin, M., Murray, R. M., Valli, I., Tabraham, P., et al. (2009). Elevated striatal dopamine function linked to prodromal signs of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 66,13–20.
- Javitt, D. C., Zukin, S. R. (1998). Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *AM J Psychiatry*, 148 (10), 1301-1308.
- Jiménez-Dabdoub, L. D. (2014). *Psicología y música: hacia un estado del arte de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes afásicos a través de la música*. (Tesis de licenciatura). UNAM: México.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., Marmot, M. (1994). Child development risk factors for adult schizophrenia in the british 1946 birth cohort. *Lancet*, 344 (8934), 1398-1402.
- Kamatchi, R., & Broome, M. R. (2013). Complexity and the Onset of Psychosis. En J. Sturmberg, & C. Martin (Edits.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 317-334). New York: Springer Science+Business Media.
- Kapur, S., Seeman, P. (2002). NMDA receptor antagonists Ketamine and PCP have direct effects on the dopamine D (2) and serotonin 5-HT (2) receptors-implications for models of schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 7 (8), 837-844.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160, 13-23.

- Kwon, M., Gang, M., y Oh, K. (2013). Effect of the Group Music Therapy on Brain Wave, Behavior, and Cognitive Function among Patients with Chronic Schizophrenia. *Korean Soc Nurs Sci*, 7 (4), 168-74.
- Lanham, H. J. (2013). A Complexity Science Perspective of Organizational Behavior in Clinical Microsystems. En J. Sturmberg, & C. Martin (Edits.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 714-725). New York: Springer Science+Business Media.
- Laing, R. D. (1964). ¿Qué es la esquizofrenia? En Stagnaro, J. C. (comp.). (1998). *Alucinar y delirar, Tomo II* (169-176). Buenos Aires: Polemos.
- Laing, R. D., Cooper, D., Artaud, A., Rossabi, A., Barnes, M., Gordon, J., ... y Steiner, C. (1975). *Hacia la locura, la terapia radical de*. Madrid: Ayuso.
- Langan. G. (2005). *Musicoterapia y esquizofrenia: La escena del arte donde lo siniestro de la enfermedad se ofrece en una construcción estética*. (Tesis de licenciatura). Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., Lagache, D. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laruelle, M., Abi-Dargham, A., Casanova, M. F., et al. (1993). Selective abnormalities of prefrontal serotonergic receptors in schizophrenia. A postmortem study. *Arch Gen Psychiatry*, 50 (10), 810-818.
- Latham, A. (2008). *Diccionario enciclopédico de la música*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Lauer, M., Beckmann, H., Senitz, D. (2003). Increase frequency of dentate granule cells with basal dendrites in the hippocampal formation of schizophrenics. *Psychiatry Res*, 122 (2), 89-97.
- Lewis, D. A. (2002). In pursuit of the pathogenesis and pathophysiology of schizophrenia: Where do we stand? *Am J Psychiatry*, 159 (9), 1467-1469.
- Liberman, A. (1993). *De la música, el amor y el inconsciente*. Barcelona: Gedisa.
- López, L. C. (2010). *El lugar del analista en la clínica de la psicosis: Hacia un tratamiento posible*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Luhmann, N. (2005). *El arte de la sociedad*. México: Herder.
- Macías, M. A. (2013). El acompañamiento con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de su aplicación. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 16 (4), 1214-1236.

- Maconie, R. (1990). *The concept of music*. New York: Clarendon Press/ Oxford.
- Maleval, J. C. (2002). *La forclusión del Nombre-del-Padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Malhotra, A. K., Kestler, N. D., Mazzanti, C., Bates, J. A., Goldberg, T., Goldman, D. (2002). A functional polymorphism in the COMT gene and performance on a test of prefrontal cognition. *Am J Psychiatry*, 159, 652–654.
- Martínez, J. (2014). Nuevas relaciones entre la ciencia y el arte. *Ciencias de la UNAM* (113-114), 52-62.
- Marty, G. (2000). *La mente estética: Los entresijos de la Psicología del Arte*. México: Universitat de les Illes Balears; CEFPSVLT.
- McCarthur, L., Mhyre, T. R., Connors, E., Vasudevan, S., Crooke, E., & Federoff, H. J. (2013). Systems Medicine: A New Model for Health Care. En J. Sturmburg, & C. Martin (Edits.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (910-927). New York: Springer Science+Business Media.
- Mendoza, R. (2014). La ética mirada desde la complejidad. En Gascón, P., Guerra, M. R., y Vizcarra, I. (Coord.). *Reflexiones en torno a la complejidad y la transdisciplina* (55-72). México: MC.
- Merchant, N. F., y Monchablòn, A. (2005). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Grupo Guía.
- Miller, J. A. (1986). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. H., Page, S. E. (2007). *Complex Adaptive Systems: An Introduction to Computational Models of Social Life*. Princeton: Princeton Studies in Complexity.
- Miller, M. W. (1976). *An instrument for microscopical observation of the biophysiological effects of ultrasound*. (Tesis de doctorado) EE. UU.
- Morán, M. C. (2010). Psicología y arte: la percepción de la música. *Ciencias de la UNAM*, (100), 57- 64.
- Morín, E. (2002). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Morín, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Mosher, R. L. (2006). Capítulo 24: Intervención en un primer episodio de psicosis sin hospitalización ni fármacos. En Bentall, R. P., Mosher, L. R., y Read, J. (eds.). *Modelos de locura* (421-439). España: Herder.

- Murow, E. (2003). *El empleo de la musicoterapia para desarrollar habilidades sociales en los pacientes con esquizofrenia crónica*. (Tesis doctoral). UNAM. México.
- Murow, E., y Sánchez, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26, (4), 47 - 58.
- Najmanovich, D. (2005). Estética de la complejidad. *Andamios, revista de investigación social*, 1 (2), 19 – 42.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report; Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, D. C., U. S.: Department of Health and human Services.
- Navarrete, J. J. (2013). *La música en la recuperación de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- O'Callaghan, E., Larkin, C., Kinsella, A., Waddington, J. C. (1991). Familial obstetric, and other clinical correlates of minor physical anomalies in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 148 (4), 479-483.
- Ocampo, A. (2010). *La libertad de la voz natural; el método Linklater*. México: UNAM.
- O'Connor, B., y Gabora, L. (2009). Applying Complexity Theory to a Dynamical Process Model of the Development of Pathological Belief Systems. *Chaos and Complexity Letters*, 4 (3), 75-96.
- O'Donovan, M. C. (2015). What have we learned from the Psychiatric Genomics Consortium. *World Psychiatry*, 14 (3), 291–293. <http://doi.org/10.1002/wps.20270>
- Ohnuma, T., Augood, S. J., Arai, H., et al. (1999). Measurement of GABAergic parameters in the prefrontal cortex in schizophrenia: focus on GABA content, GABA (A) receptor alpha-1 subunit messenger RNA and human GABA transporter-1 (HGAT-1) messenger RNA expression. *Neuroscience*, 11 (14), 3133-3137.
- OMS. (1992). *CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Olney, J. W., Farber, N. B. (1995). Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (12), 998-1007.
- Panikkar, R. (1999) *La intuición cosmoteándrica*. Madrid: Trotta.

- Palestino, P. B. (2014). *El uso de la musicoterapia como herramienta terapéutica en oncología pediátrica*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Parado, J. P. (2005). La metafísica de lo complejo. *Ciencias de la UNAM* (79), 19-24.
- Parrilla, D. (2015). René Girard y la teoría del doble vínculo de Palo Alto. *Revista de Filosofía UCM*, 40 (2), 109-126.
- Paul Blum, B., Mann, J. J., (2002). The GABAergic system in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*, 5 (2), 159-179.
- Pelorosso, A. (2001). *Clínica de los cuadros fronterizos y de las psicosis*. Buenos Aires: UBA.
- Pietschnig, J., Voracek, M., Formann, A. K. (2010). Mozart effect-Shmozart effect: A meta-analysis. *Intelligence*, 38 (3), 314-323.
- Pilatowsky, M., Velázquez, A., & Estrada, L. (coords.). (2010). *La indisciplina del saber: la multidisciplinaria en debate*. México: UNAM.
- Poch, S. (2013). *Musicoterapia en psiquiatría*. España: Médica Jims.
- Popper, K. (1982). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., y Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 191–218.
- Psychiatric Genomics Consortium, Cross-Disorder Group (2013). Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*, 45 (9), 984-994. <http://doi.org/10.1038/ng.2711>.
- Putnam, H. (1988). *Razón, verdad e Historia*. Madrid: Tecnos.
- Putnam, H. (1994). *Las mil caras del realismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Putnam, H. (2000). *Sentido, sin sentido y los sentidos*. Barcelona: Paidós.
- Quesada, L. I. (2013). *Consideraciones conceptuales acerca del ritmo en la música y el lenguaje, una perspectiva evolutiva y del desarrollo*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., y Ky, K. N. (1993). Music and spatial task performance. *Nature*, 365 (6447), 611.

- Rivas, R. (2009). *Psicología y Arte: Del conflicto con dios al conflicto con el padre; análisis de un personaje Ivan Karamazov*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Romo, A. (2011). *Diplomado Escenarios Clínicos*. México, Distrito Federal: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Romo, A. (2013). *Diplomado Música, Lenguaje y Esquizofrenia*. México, Distrito Federal. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Rosa, A., Peralta, V., Cuesta, M. J., Zarzuela, A., Serrano, F., Martínez-Larrea, A., & Fananas, L. (2004). New evidence of association between COMT gene and prefrontal neurocognitive function in healthy individuals from sibling pairs discordant for psychosis. *Am J Psychiatry*, 16, 1110–1112.
- Rosado, M. A. (2016). *Población en situación de pobreza e indigencia en la Ciudad de México: un acercamiento a través de la Arteterapia y reconocimiento de sus necesidades emocionales*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Rosenfeld, P. L. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Sciences & Medicine*, 35 (11), 1343-1357.
- Ross, C. A., Margolis, R. L., Reading, S. A., Pletnikov, M., Coyle, J. T. (2006). Neurobiology of schizophrenia. *Neuron*, 52, 139–153.
- Rosset, C. (2007). *El objeto singular*. Madrid: Sexto piso.
- Rosso, I. M., Bearden, C. E., Hollister, J. M., et al. (2000). Childhood neuromotor dysfunction in schizophrenia patients and thin unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull*, 26 (2), 367-378.
- Rujescu, D., Ingasin, A., Cichon, S., Pietilainen, O. P. H., Barnes, M. R., Toulopoulou, T., et al. (2009). Disruption of the Neurexin 1 gene is associated with Schizophrenia. *Hum Mol Genet*, 18, 988–996.
- Sánchez, D. A. (2016). *Psicología y Música: El canto coral como apoyo al desarrollo integral del ser humano*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Sánchez, M. A. (2017). *Principio metapsicológico en la estética musical*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Sandoval, J. M. y Richard, M. P. (2006). *La salud mental en México*. México: Cámara de Diputados del Congreso de la Unión/LIX Legislatura/Servicio de Investigación y Análisis/División de Política Social.

- Schiffman, J., Ekstrom, M., Labrie, J., et al. (2002). Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *Am J Psychiatry*, 159 (2), 238-243.
- Sears, M. A. (1954). *Study of the vascular changes in the capillaires as affected by music*. (Tesina) Universidad de Kansas, EE. UU.
- Searles, H. (1980). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa.
- Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2011). *IESM-OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental*. México: OPS/OMS.
- Selemon, D. L., Rajkowska, G. Goldman-Rakic, P. S. (1998). Elevated neuronal density in prefrontal area 46 in brains from schizophrenic patients: application of a three dimensional, stereologic counting method. *J Comp Neurol*, 392 (3), 402-412.
- Selemon, L. D., Goldman-Rakic, P. S. (1999). The reduced neuropil hypothesis: a circuit based model of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 45 (1), 17-25.
- Selemon, L. D. (2001). Regionally diverse Cortical Pathology in Schizophrenia: clues to the Etiology of the disease. *Schizophr Bull*, 27 (3), 349-377.
- Selemon, L. D., Mrzljak, J., Kleinman, J. E., et al. (2003). Regional specificity in the neuropathological substrates of schizophrenia: a morphometric analysis of Broca's area 44 and area 9. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (1), 69-77.
- Sinha, Y., Silove, N., Wheeler, D., Williams, K. (2006). Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders: a systematic review. *Arch Dish Child*, 91, 1018-1022.
- Small, C. (1998). *Musicking, the meanings of performing and listening*. New England, USA: Wesleyan University.
- Small, C. (1999). El Musicar: un ritual en el espacio social. *Trans, Revista transcultural de música* (4).
- Soto, M. (1999). *Edgar Morín, Complejidad y sujeto humano*. (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid. España.
- Stagnaro, J. C. (comp.); Serioux, P., Capgras, J., Ballet, G., Seglás, J., Abely, P., Claude, H., Ey, H., Lhermitte, J., Rümke, H. C., Laing, R. D. (1998). *Alucinar y delirar, Tomo II*. Buenos Aires: Polemos.

- Sternheimer, J. (1994). Citado en Saenz, H. *Música Insólita para un insólito progreso*. Vanguardia Magazine.
- Sturmberg, J., & Martin, M. (2013). Complexity in Health. En Sturmberg, J., & Martin, C. (Edits.). *Handbook of Systems and Complexity in Health* (1-17). New York: Springer Science+Business Media.
- Sugarman, P. (1954). Music Therapy in Psychosomatic Gastric Disorders. En Podolsky, E. (edit.). *Music Therapy* (147-150). New York: Philosophical Library.
- Tan, S.-L., Pfordresher, P., y Harré, R. (2010). *Psychology of Music: From Sound to Significance*. USA: Psychology Press.
- Téllez, P. (2013). *Una mirada al arte como mundo sublimado*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Trostle, J. (2002). Algunas reflexiones acerca de las ciencias sociales y biomédicas: ¿dos catedrales o un arquetipo concebible? En Cogna, M. y Ramos, S. (coord.). *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales* (21-28). Buenos Aires: CEDES.
- Tseng, P. T., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Tu, K. Y., Wang, H. Y., Cheng, Y. S., ... Wu, C. K. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 16.
- Tsung, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., Faraone, S. V. (2005). Aportaciones de la neurociencia al concepto de esquizotaxia y al diagnóstico de esquizofrenia. En First, M. B., Phillips, K. A., y Pincus, H. A. *Avances en el DSM: Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (105-126). Barcelona: Masson.
- Villela, L. D. (2011). *La musicoterapia como técnica de control de ansiedad en pacientes con psicosis*. (Tesis de licenciatura) UNAM, México.
- Walker, E., Emory, E. (1983). Infants at risk for psychopathology offspring of schizophrenic parents. *Child Dvev*, 54 (5), 1269-1285.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., Hichman, K. M. (2004). Schizophrenia etiology and course. *Annu Rev Psychol*, 55, 401-430.
- Wen, Y., Nie, X., Wu, D., Liu, H., Zhang, P., y Lu, X. (2014). Amusia and cognitive deficits in schizophrenia: is there a relationship? *Schizophr Research*, 157 (1-3), 60-2.

- Williams, H. J., Owen, M. J., O'Donovan, M. C. (2009). Schizophrenia genetics: new insight from new approaches. *Br Med Bull*, 91, 61–74.
- Yébenes, Z. (2014). *Los espíritus y sus mundos; Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. México: UAM/Gedisa.
- Yum, S. Y., Hwang, M. Y., Nasrallah, H. A., y Opler, L. A. (2016). Transcending Psychosis: The Complexity of Comorbidity in Schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am*, 39, 267-238.
- Zizek, S. (2000). *Mirando al sesgo, una introducción a Jacques Lacan desde la cultura popular*. Buenos Aires: Paidós.
- Zohn, T., Gómez, E., y Enríquez, R. (coord.). (2013). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO.
- Zoya, L. G., Zoya, P. G., y Roggero P. (2015). Pensamiento Complejo y Ciencias de la Complejidad. *Argumentos UAM*, 78, 187-206.

Imágenes

- Barrera, J. P. J. G. (2013). *Escenarios clínicos: el árbol con ojos*. Imagen digital.
- Barrera, J. P. J. G. (2017). *Psicología y artes musicales*. Imagen digital.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (1999). *Guitarra y Beatles*. Carbón y gis sobre papel.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (2004). *Búho*. Óleo sobre tela.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (2001). *Naturaleza muerta*. Gis pastel sobre papel.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (2002). *Paisaje de flores*. Óleo sobre tela.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (2001). *La Leda, de Leonardo Da Vinci*. Gis pastel sobre papel.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (1998). *José Guadalupe Barrera H.* Lápiz sobre papel.
- Barrera, J. P. J. G., Rubio, F. (1999). *Yolanda Núñez C.* Sanguina, sepia y carbón sobre papel.
- Rubio, F. (2002). *Autorretrato*. Sanguina y carbón sobre papel.
- Barrera, J. P. J. G., Ojeda, O. (2018). *Autorretrato*. Óleo temple sobre madera.