



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“UNA REVISIÓN DE CUATRO TRASTORNOS MENTALES TRATADOS
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO
SOCIAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA URIBE NEGRETE

DIRECTORA: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

**COMITÉ: DR. DAVID AURON ZALTZMAN
MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Primeramente quisiera agradecer y dedicarle este trabajo a todas y cada una de mis pacientes dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por el simple hecho de haberme enseñado tanto en tan poco tiempo de haber convivido con ellas; observar cómo día a día peleaban contra su enfermedad, tratando de seguir adelante aun con los prejuicios y estigmas sociales con los que carga una persona que está diagnosticada con alguna enfermedad mental. A todas y cada una de ellas con las que tuve el placer de conversar les agradezco infinitamente.

A mis padres Karla Negrete y Martín Uribe, porque sin su apoyo en todos los aspectos imaginables no hubiera podido llegar a otra meta que, ahora la puedo llamar cumplida, y las que faltan. A mi hermana Carolina por ser esa chispita fugaz que a veces se necesita para despejar la mente y por haberme abierto los ojos en distintas ocasiones. Los amo mucho.

A mis amigas Nicté, Karla, Valeria y Esther por haber hecho amenas las clases, por esos momentos de risas incontrolables en la facultad, por los momentos sentimentales, apoyos emocionales, comidas exprés y las cenas donde las horas parecían minutos, los cuentos de nunca acabar y pláticas entretenidas; sin ustedes no hubieran sido lo mismo esos cuatro años de carrera y servicio social. Gracias por las salidas espontáneas y planeadas, por dejarme aprender tantas cosas a su lado, añorando que estos pocos aunque excelentes años de amistad perduren por muchos más. Las quiero, siempre.

A todas esas personas que fueron clave durante esta etapa universitaria; algunas ya no están y otras siguen. A todos y cada uno de ellos, ¡gracias! Gracias por haberme dejado una enseñanza que perdurará para siempre, y a los que me queda por conocer, espero con emoción esa nueva aventura...

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Sigmund Freud

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	5
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	6
CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	
1. Marco referencial de la institución	8
2. Antecedentes históricos de la institución	11
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	15
OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	23
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	
1. Antecedentes históricos de la psicopatología	24
2. Concepto de psicopatología	45
3. Características de los padecimientos	53
3.1. Trastorno bipolar tipo maniaco con síntomas psicótico	53
3.2. Trastorno de la inestabilidad emocional tipo límite	63
3.3. Esquizofrenia paranoide	71
3.4. Trastorno esquizoafectivo	85
4. Datos epidemiológicos en México y en otros contextos geográficos	96
RESULTADOS OBTENIDOS	98
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	108
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	116

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende dar al psicólogo clínico una herramienta teórica extensa de cuatro trastornos mentales tratados de manera continua en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", siendo estos el *trastorno bipolar tipo maníaco con síntomas psicóticos*, *trastorno de la personalidad tipo límite*, *esquizofrenia paranoide* y *trastorno esquizoafectivo* retomados metodológicamente desde una perspectiva psiquiátrica y psicológica. A lo largo del informe se describen características clínicas que se deben tomar en cuenta y que serán de gran apoyo para el psicólogo cuando se encuentre en este ámbito clínico hospitalario. También se hace una revisión exhaustiva de psicopatología para adentrarnos en los cambios que ha ido sufriendo a lo largo del tiempo este concepto, ya que en esta institución psiquiátrica se trató con patologías mentales.

De igual manera, se hace un análisis de la sintomatología presentada por cuatro pacientes psiquiátricas tratadas en el hospital, quienes fueron diagnosticadas con los cuatro trastornos mentales anteriormente mencionados.

Al final del trabajo se hacen algunas propuestas con la finalidad de que el psicólogo clínico ejerza sus conocimientos en varios aspectos que tienen que ver con su ámbito de conocimiento, dentro de un hospital psiquiátrico.

Palabras clave: hospital psiquiátrico, trastorno mental, psicopatología

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa donde se realizó el servicio social durante seis meses fue en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en el área de Hospitalización 5to. piso-mujeres, turno matutino de 9 AM a 1 PM, en el programa "Atención psicológica a pacientes con enfermedad mental".

Este programa se dedica principalmente a trabajar con los internos del hospital desde un ámbito médico-psicológico para poder brindarles una estabilidad emocional y social, para que su vida y la de las personas que los rodean vuelva a la normalidad mediante varios procesos que se trabajan en el hospital, siendo, principalmente, atención para gente adulta y adulto mayor. Desde el ámbito de la psicología clínica se les brinda apoyo psicológico como son entrevistas, notas a expediente, orientación a pacientes, psicodiagnóstico, sensibilización y contención grupal, asamblea a pacientes, estimulación cognitiva, visita de puertas abiertas y grupo de reflexión con los familiares, para que sea completa la ayuda y pueda llevarse a cabo más fácil la enfermedad, tanto para los pacientes como para el medio en el que se desenvuelve.

El psicólogo adscrito es el responsable del funcionamiento profesional y de la capacitación del prestador del servicio social, quien realiza sus servicios en el área de psicología del piso que le corresponde, en este caso y como se menciona anteriormente en el área de Hospitalización. De esta manera, el alumno pone en práctica sus habilidades adquiridas a lo largo de su carrera y al mismo tiempo, obtiene experiencia en el ámbito clínico-práctico para saber el estado en que se encuentra, en la vida real, una persona con un trastorno mental tomando en cuenta la personalidad del paciente, capacidad intelectual y su área perceptomotora. Así mismo, el prestador de servicio social aprende a proporcionar información constante a los pacientes a través de sesiones, donde se abordan temas relacionados con su padecimiento e irlo sensibilizando. Al mismo tiempo,

aprende a reportar a través de una bitácora y/o crónica las actividades que se realizan semanalmente y/o diarias, a fin de llevar un control y seguimiento de estas. Por otro lado, el prestador de servicio social se adentra en el manejo y coordinación de sesiones grupales, donde los pacientes expresan sus inquietudes y necesidades en relación a los servicios que presta el hospital, así como promover el cambio de actitudes de los familiares hacia el paciente, la enfermedad mental con la que cuenta y la institución. De igual manera, el alumno es capaz de realizar notas e incorporarlas a los expedientes reportando la información del paciente, obtenida en las entrevistas realizadas individualmente o con el equipo del trabajo, así como las observaciones relativas a la evolución clínica.

En cuanto a la forma de evaluación del prestador del servicio social, se le otorga una hoja al inicio, donde se reporta brevemente lo que hizo durante cada mes dentro de ésta institución. El supervisor califica el desempeño del prestador haciendo algunas observaciones como punto final.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

1. Marco referencial de la institución

Como bien es sabido, las enfermedades mentales causan cierto grado de deterioro o impiden la adquisición de habilidades para relacionarse, capacitarse o trabajar produciendo en consecuencia desventajas que desencadenan la pérdida de funcionalidad familiar, social y laboral.

La atención integral del paciente contempla la formación de un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, rehabilitadores, servicio de cocina, etc.) que junto con la familia, la sociedad y el paciente mismo como sujeto activo de su recuperación, hacen posible la reinserción del paciente con su familia y su medio social. Como plus, otro de los objetivos del programa de la institución, es desestigmatizar al enfermo mental ante la familia y la sociedad para crear un entorno que minimice sus desventajas, estimule sus capacidades y participe como ciudadano con sus derechos y obligaciones.

Como toda institución de la salud mental, existen una serie de señalamientos importantes para que alguien pueda ingresar al hospital, específicamente al área de Hospitalización Continua las cuales, se describirán detalladamente a continuación.

Destinado a la atención de pacientes psiquiátricos agudos de nacionalidad mexicana (aunque cuando el caso lo amerita, también puede brindar sus servicios a extranjeros) y mayores de 18 años que requieren ingresar al área de Hospitalización Continua, cada paciente es valorado por un equipo técnico multidisciplinario, realizándosele exámenes de laboratorio, gabinete, pruebas

psicológicas y estudio socio-económico familiar; se le aplica tratamiento farmacológico, se le incluye en grupos de psicoterapia, participa en terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales (las cuales se describirán en el apartado siguiente).

Requisitos:

- Que los pacientes procedan del servicio de urgencias del mismo hospital.
- Que los pacientes sean conducidos por un enfermero y acompañados del familiar responsable.
- Recepción del paciente en el servicio de hospitalización continua por el personal de enfermería, así como revisión de la documentación oficial adjunta, consistente en la carta de responsiva.
- Solicitud de ingreso voluntario, involuntario u obligatorio y hoja de admisión.
- Hoja de objetos personales, historia clínica y hoja de enfermería.
- Carnet de citas y reglamento del hospital para el familiar.
- Firma de recibo del paciente por la enfermera jefe de sección.

Trámites:

- Recibir al paciente, registro del mismo y asignación del médico responsable en el libro de ingresos y egresos.
- Presentación del paciente al médico psiquiatra adscrito responsable.
- Comprobación de la documentación oficial.
- Recepción del expediente clínico.
- Cambio de ropa.
- Asignación de cama e instrucciones de la enfermera sobre la ubicación y distribución del servicio al paciente.
- Instrucciones de la enfermera al familiar y presentación del mismo al personal de trabajo social.
- Valoración clínica del paciente por el jefe médico del piso y equipo médico de la sección correspondiente.

El tiempo estimado de resolución para realizar la gestión será de 10 a 15 minutos aproximadamente, mientras que el otorgamiento del servicio de internamiento será inmediato a la valoración clínica por el jefe médico y equipo técnico interdisciplinario, con una duración de valoración aproximada de 1 hora y 30 minutos. Además, el horario de atención a ingreso del hospital será de 24 horas, los 365 días del año.

Dado que el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez tiene mucha demanda y su objetivo principal es otorgar los servicios necesarios a quien lo solicite, ha desarrollado distintas actividades terapéuticas y de rehabilitación psicosocial como parte del tratamiento integral de los pacientes, cuyo objetivo fundamental consiste en reinsertarlos socialmente de forma digna y funcional.

La psiquiatría y la psicología utilizan básicamente tres abordajes para el tratamiento del enfermo mental: el psicoterapéutico, el psicofarmacológico y el rehabilitatorio. Los abordajes psicoterapéuticos y rehabilitatorios respectivamente, ayudan al paciente a fortalecer su autoestima, tener mayor autonomía, así como mejorar sus relaciones familiares y sociales. Para lograrlo, se realiza una evaluación funcional del sujeto y de su entorno, analizando sus necesidades, cultura, recursos existentes y demandas, acordando metas a corto, mediano y largo plazo como proyecto de vida y participando en el desarrollo de las habilidades para ello.

Es importante remarcar que toda institución tiene distintos objetivos y metas, los cuáles se necesitan para poder llevar a cabo actividades específicas según sea la función del área de trabajo. A continuación se describirán cada uno de estos.

- Brindar atención integral que permita elevar el nivel de calidad de vida del paciente, propiciando su autonomía e inserción social en forma digna y productiva.

- Desarrollar en el paciente conciencia de su propia enfermedad, para lograr un adecuado apego al tratamiento farmacológico, y evitar en lo posible, las recaídas que inciden directamente en su deterioro cognoscitivo y social.
- Desarrollar habilidades sociales en el paciente que permitan reconocer en sí mismo y en los demás, patrones de conducta que dificulten sus interacciones e implementen patrones positivos.
- Realizar actividades físicas que permitan estimular el metabolismo y minimicen los efectos colaterales del medicamento.
- Proporcionar un ambiente que permita la convivencia grupal.
- Contribuir con la aplicación de pruebas psicométricas, a la integración del diagnóstico y el planteamiento de estrategias terapéuticas, en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Orientar, concientizar y capacitar a las familias para convivir con su paciente, afianzando así la adherencia al tratamiento, evitar en lo posible las recaídas, la sobreinvolucración y propiciar la independencia, para poder lograr una adecuada reinserción del paciente a su núcleo de origen y a la sociedad.

2. Antecedentes históricos de la institución

En 1567 en el Hospital de San Hipólito se inició la atención del enfermo mental por parte de Fray Bernardino Álvarez. Prácticamente al mismo tiempo se inicia la enseñanza para tratar a este tipo de pacientes. Los métodos terapéuticos en ese entonces eran muy distintos a los que conocemos actualmente y no fue hasta finales del siglo XIX cuando se le da un carácter científico y se le integra como un problema de salud más. Es en este momento histórico cuando se encuentra el registro de la primera cátedra en forma sobre enfermedades mentales la cual impartía el Dr. Miguel Alvarado en el Hospital San Hipólito. No tardó mucho tiempo en ser integrada al curso de la Facultad de Medicina.

Es en 1910 cuando se inaugura el Manicomio General "La Castañeda" donde enfermos de San Hipólito y otros hospitales son trasladados ahí. Este hecho es el que abre un capítulo nuevo y fundamental en la enseñanza de la psiquiatría en México. En los años 20's y 30's se enseñaba sobre el tratamiento de las enfermedades mentales basándose en las técnicas y conocimientos de vanguardia, pero es a finales de los 40's cuando se instaura como especialidad en medicina la Residencia Médica en psiquiatría. En los 50's se abre el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, iniciado por el Dr. Millán y continuado por el Dr. Ramón de la Fuente. La evolución y contenido de "lo que se enseña" en la especialidad de psiquiatría, curiosamente ha variado tanto como la misma comprensión y evolución de la psiquiatría. Las percepciones (opiniones muchas veces) dualistas, monistas, psicoanalíticas, biológicas, multifactoriales, genéticas, etc. son algunos ejemplos de los cambios en los objetivos de la enseñanza.

En el año de 1960 se inicia la "Operación Castañeda", donde nacen varios hospitales generales a nivel nacional y tres hospitales psiquiátricos: el Hospital Granja de Zoquiapan La Salud (1961), el de Villahermosa en el estado de Tabasco (1962), el José Sayago en Tepexpan, Estado de México (1962), la Granja Cruz del Sur en el estado de Oaxaca (1963) y la Cruz del Norte de Hermosillo, Sonora (1964). En cuanto a los hospitales psiquiátricos tenemos el "Dr. Samuel Ramírez Moreno", el Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y el "Fray Bernardino Álvarez" en el año 1967, en el cual desde ese tiempo, se han efectuado actividades de rehabilitación sistemática. En el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez primero surge el "Programa de Orientación a Familiares", donde se ha buscado integrar a los familiares en el tratamiento de los pacientes, además de brindarles la mayor cantidad de información posible sobre la enfermedad mental que padece el interno.

Más tarde, en el año de 1989, cuando se inicia la rehabilitación orgánica del hospital, se busca la aplicación de conocimientos teóricos y metodológicos que regulen dichas actividades.

En abril de ese mismo año, se agregan nuevos programas al hospital: el "Programa de Visita de Puertas Abiertas", que es donde los familiares acceden a las Salas de Hospitalización Continua a visitar a los pacientes y el "Programa de Asamblea de Pacientes", que aparece como un elemento de contención en el que el paciente tiene la oportunidad de exponer sus demandas respecto a los problemas en el piso, sobre todo aquellos relacionados con los alimentos, las instalaciones, el equipo interdisciplinario y la relación entre los mismos pacientes; de ésta forma, se trata de buscar una solución dentro de los límites posibles, procurando el máximo beneficio para el paciente, su familia y la institución.

En el año de 1990, surge el "Programa de Orientación a Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados" a partir de la experiencia con familiares en que se considera necesario sensibilizar de igual manera al paciente por medio de la información dada en los Grupos de Orientación Familiar, para que su rehabilitación sea integral.

Hacia el año de 1993, se da a conocer el anteproyecto del "Programa de Rehabilitación Cognitiva a Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados", que consiste básicamente en la activación de capacidades cognitivas y psicomotoras que conjuntamente con la terapia ocupacional, recreativa y psicológica se complementa el tratamiento de los pacientes, realizándose actividades como: técnicas de sensibilización, relajación corporal, dramatización, pantomima, papiroflexia, lecturas, dinámicas grupales, dibujo y pintura. Actualmente, estas actividades enfocadas a la rehabilitación juegan un papel importante, por lo que se han desarrollado programas que de alguna forma den al paciente la oportunidad de participar en actividades que le permiten mejorar su nivel de funcionalidad, así como psico-social.

En el año de 1994 surge el "Programa de Estimulación Cognitiva" como parte de los programas de servicio de Rehabilitación, donde incluye actividades diarias de la vida humana, fisioterapia, salidas extrahospitalarias, eventos culturales y sociorecreativos en el jardín. En el año de 1997, se desarrolla el "Programa de Actividades Recreacionales Vespertinas" el cuál surge de la necesidad de crear espacios continuos de trabajo con el paciente rebasando las fronteras de las jornadas laborales tradicionales de un hospital, en donde la carga de trabajo clínico se realiza por la mañana. Dicho programa ha pretendido, a lo largo del tiempo, dar continuidad a las actividades matutinas a través de encuadres más flexibles, que permitan al paciente ocupar el tiempo libre en actividades culturales, recreativas y de convivencia grupal con un enfoque educativo y de aprendizaje de conductas sanas y socialmente aceptadas, apoyando el proceso de rehabilitación.

Estos programas son piedra angular del trabajo de más de una década del psicólogo dentro de éste hospital psiquiátrico, además de otros más que se han puesto en marcha en las diferentes áreas del hospital, dejando de lado la imagen que con anterioridad se tenía del psicólogo: el de ser un psicómetra.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En este apartado y como lo dice el título se describirán las actividades que se realizaron dentro del hospital en el área de Hospitalización Continua, especificando cada una de las metodologías, intervenciones e instrumentos que se utilizaron a lo largo de la estancia en este Hospital Psiquiátrico.

- **Grupo reflexión con familiares.** Este programa surge ante la necesidad de ofrecer otra opción de tratamiento a los familiares que asisten a los diferentes pisos de hospitalización, llevándose a cabo los miércoles de 11:00 am a 12:30 pm. El grupo reflexión, tiene como objetivos principales los siguientes:
 1. Disminuir los índices de deserción, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de la familia determina en un alto grado, el abandono del tratamiento por parte del paciente.
 2. Contener o disminuir mediante la experiencia grupal la ansiedad y decepción que genera el tener dentro de la familia un paciente con trastorno mental.
 3. Promover el cambio de actitudes de los familiares frente al paciente a fin de propiciar su mejoría e independencia en lo posible.
 4. Los familiares que están dispuestos a participar en las sesiones de Reflexión, deben asistir durante tres meses o equivalente. Se enfatiza la importancia de la familia en el tratamiento de los pacientes así como el hecho de que una vez que se han integrado al grupo, cuentan con un espacio propio donde pueden hablar de sus sentimientos y compartir experiencias con otras personas que están en disposición de ayudarles. De ésta forma y con ayuda del coordinador, se busca llegar a conclusiones más claras y definitivas para cada uno de los participantes,

aclarándoles que posteriormente podrán ser canalizados a otros servicios del hospital (consulta externa, CLIFAM, hospital parcial, etc.) de ser necesario.

- **Visita de puertas abiertas.** Esta actividad se realiza inmediatamente después del Grupo Reflexión, teniendo una duración de 60 minutos, una vez a la semana. Sus objetivos son:
 1. Propiciar que la familia construya una alianza terapéutica en conjunto con la institución psiquiátrica, a fin de beneficiar al paciente y así disminuir la probabilidad de recaídas y cronificación.
 2. Fortalecer al equipo interdisciplinario, acción necesaria para el abordaje del vínculo Paciente-Familia-Institución.
 3. Promover una experiencia vivencial entre familiares y pacientes dentro del área de hospitalización.
 4. Motivar la participación activa del paciente en su propio proceso terapéutico.
 5. Permitir la comunicación directa de los familiares, para lograr una concientización del efecto que su conducta tiene sobre los pacientes.
 6. Promover en los familiares un cambio de actitud hacia la enfermedad mental y la institución misma, con el fin de romper con los mitos y fantasías en relación con el trato que se le brinda al paciente durante su estancia intra-hospitalaria.

- **Estimulación cognoscitiva.** Los procedimientos de rehabilitación ante todo buscan la mejoría del paciente, con el fin de llevar a la persona a un nivel máximo de funcionamiento, de tal forma que a través de diversas actividades se pretende capacitar al paciente para llevarlo de acuerdo con sus capacidades reales a los niveles más altos de funcionalidad, integrándolo a un proceso de enseñanza-reaprendizaje. En este apartado,

los miembros del equipo interdisciplinario del hospital le enseñan a ejecutar una actividad productiva que contribuya a su rehabilitación cognitiva y psicosocial.

Dentro de las actividades a realizarse en el área de hospitalización que propone la estimulación cognoscitiva (llevándose a cabo una vez por semana y con una duración de 60 minutos) son las siguientes:

1. Lectura (revistas, periódico, poemas, libros)
 2. Ejercicios de atención, concentración y memoria
 3. Análisis y síntesis
- **Asamblea de pacientes.** Con este programa se busca establecer un foro donde el paciente exponga sus demandas respecto a los problemas en el piso, principalmente los que tiene que ver con alimentos, el funcionamiento de las instalaciones, el trato que recibe por parte del equipo interdisciplinario del hospital y la relación con sus mismos compañeros, buscando posibles funciones a los problemas expuestos. Se plantea desde el principio un ambiente de respeto y con límites, así como informar a los pacientes sobre derechos humanos y su ejercicio. Esta asamblea se lleva a cabo una vez por semana con una duración de 45 minutos.
 - **Estudios psicológicos.** Se obtiene información por medio de la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, a fin de conocer la estructura de la personalidad, la capacidad intelectual y el área perceptomotora del paciente, con la finalidad de complementar el estudio integral de éste, además de establecer el plan de tratamiento terapéutico y rehabilitatorio. Cabe mencionar que la frecuencia con la que se realiza un estudio psicológico se relaciona con el número de interconsultas que el médico

psiquiatra solicita al psicólogo adscrito. Los estudios psicológicos están compuestos por las siguientes pruebas:

- a) *Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover*. Este test fue creado con el propósito de poner en relieve la personalidad de la persona a la que se le aplica la prueba, en este caso, pacientes de un hospital psiquiátrico. Ésta prueba es de fácil aplicación además de dar diversos rasgos de personalidad con suficiente margen de confiabilidad. Este test es aplicable a sujetos de 12 años en adelante.

- b) *Test proyectivo de la persona bajo la lluvia*. Es una prueba proyectiva donde el paciente impregna un dibujo de una persona lo más completa posible, con característica de estar bajo la lluvia. Este test es muy importante, ya que el sujeto proyecta cómo se siente ante el mundo y cómo se encuentran sus defensas. Se puede comenzar a aplicar desde los 12 años de edad.

- c) *Test proyectivo de H-T-P (house-tree-person)*. A comparación de las demás, esta prueba proyectiva se puede empezar a aplicar desde edades muy tempranas hasta cualquier adulto. Cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana. En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar mientras que en el del árbol, proyectamos el concepto más profundo de nuestro Yo.

- d) *Frasas incompletas de Oliver Sacks*. Más que nada, esta prueba proyectiva se utiliza como complemento de los demás test. Su principal objetivo es medir las emociones del paciente en cuanto a su familia, sexo, relaciones interpersonales, autoconcepto; trabajo, figuras de autoridad, figuras del sexo opuesto y aspiraciones.

1. *Pruebas de inteligencia.* Como se sabe, todos los seres humanos somos distintos y es casi imposible que tanto nuestros componentes psicológicos como cognitivos sean iguales. Este tipo de pruebas tratan de obtener un cálculo aproximado de la habilidad mental de una persona.

Los principales test de inteligencia que se utilizaron fueron:

- a) *Escala de inteligencia Wechsler para adultos III.* Es un test de inteligencia bastante completo, el cual se aplica solamente a personas adultas y de escolaridad mayor a secundaria. Esta prueba ha sido revisada y aplicada desde tiempo atrás, la cual ha tenido distintas modificaciones a lo largo del tiempo, tomando en cuenta aspectos como raza, sexo, nivel educativo, edad, entre otras. Las categorías en las que se divide la calificación de este test son: CI total, verbal y de ejecución; comprensión verbal, memoria de trabajo, organización perceptual y velocidad de procesamiento.

 - b) *Test de inteligencia no verbal Beta III.* A comparación del test de inteligencia WAIS-III, el test de inteligencia no verbal Beta III es un poco menos complejo, ya que sus resultados se basan solamente en la percepción visual del paciente., además de otras áreas de trabajo como ejecución y razonamiento. Esta prueba se aplica a personas que tengan una escolaridad máxima de secundaria.
2. *Organicidad (Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender).* La principal función de este test, es examinar la función gestáltica-visomotora del paciente, su maduración y tener una ligera idea de sus patologías mentales (ya que éstas se califican con otro tipo de test como los que se mencionaron más arriba). Esta prueba se

puede aplicar desde los 5 años hasta la edad adulta, sobre todo si dudamos de alguna deficiencia mental, como retraso mental u organicidad.

- **Entrevistas y notas al expediente clínico.** El psicólogo registra en el Expediente Clínico del paciente la información recabada de las entrevistas de primera vez y subsecuentes que realiza de forma individual, a fin de aportar información psicodinámica relevante para el manejo terapéutico durante el internamiento del paciente, así como las observaciones de su desenvolvimiento en las diferentes actividades grupales. Cabe mencionar que las entrevistas de primera vez se realizan a todos los pacientes de nuevo ingreso, y las entrevistas subsecuentes con la periodicidad de siete a quince días.

El enfoque que se utiliza con mayor frecuencia en esta institución es el cognitivo-conductual, sin embargo, también se utilizó bibliografía psicoanalítica para llevar a cabo las entrevistas. A continuación, se explicarán brevemente los enfoques utilizados.

La psicología ha diseñado diversos modelos de entrevista que funcionan como instrumentos o matices aplicables a diferentes tareas de la profesión. Así, la entrevista psicológica permite articular y establecer rutas de investigación para explorar interrogantes, problemas y plantear posibles soluciones.

1. *Entrevista inicial.* El objetivo principal de este tipo de entrevista es crear un espacio teorico-práctico que permita incorporar los conocimientos y las herramientas necesarias para la realización de una primera entrevista, donde se dará una primer impresión de los conflictos de la persona así como darse una idea de su comportamiento.

2. *Entrevista semidirigida.* Este método centra a los pacientes en uno o varios objetivos específicos para poder llegar a un término en tiempo y meta. La entrevista semidirigida se refiere a un encuentro en que el entrevistador permite hablar al sujeto, al mismo tiempo que va dirigiéndolo hacia un foco de trabajo específico.

3. *Entrevista conductual.* Dado que el individuo se encuentra rodeado por su entorno familiar y social, aprende estilos de conducta o hábitos positivos y negativos de acuerdo con sus posibilidades de percepción y cognición. La entrevista conductual identifica y define un problema para después, establecer cuáles serán las conductas objetivo de una posible modificación. En este tipo de entrevista, siempre se intenta indagar en lo siguiente:
 - Datos de identificación (orientación global)
 - Conducta durante la entrevista y descripción física
 - Problemas principales que presenta
 - Antecedentes personales y consecuentes (antecedentes históricos, determinantes situaciones actuales, dimensiones del problema, consecuencias del problema, historia pasada de tratamientos, educación, historia laboral, relaciones sociales e interpersonales así como historia familiar, marital y sexual)
 - Inicio de cada uno de los factores precipitantes
 - Historia del desarrollo de los mismos
 - Factores que predisponen su desarrollo

4. *Entrevista libre o abierta.* En este tipo de entrevista el psicólogo, como observador participante no propone temas ni hace sugerencias. El paciente reacciona sin que se le dé otro estímulo que el de la presencia del psicólogo, sólo con su intención de sacar adelante la tarea propuesta. Esto, haciéndose con la finalidad de brindar al paciente la posibilidad de poner en

juego las variables de su personalidad, de acuerdo con los puntos de sugerencia de ese momento; esto es, de acuerdo con sus necesidades afectivas que demanda en ese preciso instante. Mediante este tipo de entrevista, el paciente puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio inconsciente, una serie de asociaciones de ideas que el psicólogo rescatará y sistematizará, analizando los aspectos más relevantes de la información generada en la entrevista.

5. *Entrevista psicoanalítica.* La manera en que el psicoanálisis se plasma en la praxis, poniendo en acción el método psicoanalítico, es la entrevista psicoanalítica, la cual no se interesa principalmente por los síntomas manifiestos que muestran los pacientes, sino en los procesos interiores ocultos, aquellos que tardan en salir pero que una vez expuestos dan cuenta de los conflictos del sujeto. El método psicoanalítico permite instrumentar a nivel conceptual la técnica para conocer, analizar e interpretar los traumas psíquicos, recuerdos traumáticos o conflictos que el individuo manifieste en su vida actual. Según el psicoanálisis, el aparato psíquico tiene tres instancias que lo forman: el Ello, Yo y Superyó las cuales, están en conflicto constante. La entrevista psicoanalítica se propone indagar, explorar y ubicar esta problemática durante el proceso de entrevista para trazar la ruta por trabajar con el entrevistado en un trabajo analítico de otro tipo.

Como dato extra, el hospital se propone mejorar los programas existentes y crear otros posteriormente necesarios, para lograr una mejor atención hacia los pacientes.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El presente informe pretende brindarle al psicólogo clínico una herramienta teórica bastante extensa recopilada desde una perspectiva psiquiátrica y psicológica, para todos aquellos que estén interesados en conocer cómo es el ámbito psicológico clínico en una institución psiquiátrica.

Se brindan herramientas diagnósticas de cuatro trastornos psiquiátricos para que cuando se solicite la ayuda profesional del psicólogo clínico, este pueda aportar apoyo técnico a sus compañeros de trabajo.

El informe no sólo pretende brindar al profesional de la salud mental información desde una perspectiva clínica sino desde un ámbito transdisciplinario, abarcando literatura médica, biológica y social.

También se presentan intervenciones terapéuticas psicológicas que pueden ayudar a la recuperación psíquica de la persona que padece una enfermedad mental grave, así como técnicas de apoyo para los familiares o cuidadores del mismo.

Es importante que si el psicólogo clínico pretende brindar sus servicios a una institución psiquiátrica esté bien preparado, ya que este tipo de intervenciones psicológicas aún no son tomadas muy en serio, tanto para los pacientes y sus familiares como con el mismo personal del hospital.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

1. Antecedentes históricos de la psicopatología

Los intentos de clasificar los trastornos mentales se remontan a 5.000 años atrás (Hudziak & Helzer, 2003), por lo que en este apartado se reunirá información histórica relevante que ha venido marcando a la psicopatología y su evolución. Es importante mencionar, que si bien no se pondrán subtemas en esta parte del trabajo, cuando se esté comenzando a escribir sobre una nueva época histórica, se mencionará al inicio de ese párrafo. Ahora, sin más, comencemos.

Para iniciar este soporte técnico metodológico es imprescindible considerar a la psicopatología como un campo heterogéneo de discursos y prácticas, además de que coexisten una multiplicidad de psicopatologías correspondientes a distintos momentos histórico-sociales que remiten a diversas conceptualizaciones y prácticas. Sabemos, como profesionales dedicados a estudiar la salud (más que nada) mental de los humanos, que recabar datos o llegar a una conclusión “final” de una investigación que estamos llevando a cabo o simplemente una lectura para exponer o por gusto propio es un tanto complicado, ya que el comportamiento y el pensamiento humano puede variar de un momento a otro, de una persona a otra aunque esté inmerso en el mismo entorno. Ahora imaginemos a todos nuestros antecesores, a todos esos autores que trabajaron e investigaron arduamente para llegar a lo que actualmente se conoce como una enfermedad mental, una patología; esto no es de un siglo o dos, hablamos de milenios.

Como es bien sabido, la psicopatología, a pesar de no ser una disciplina independiente en sí, ha ido consolidándose poco a poco a través del tiempo gracias a distintas doctrinas científicas como la psicología, la fisiología, la genética o la psiquiatría y, conforme ha ido recabando información, la psicopatología ha tenido cambios de distinta índole que van desde su concepto y su forma de

evaluar hasta el establecimiento de ciertos criterios en cada una de las enfermedades y su tratamiento, por lo que empezaremos describiendo las primeras creencias primitivas que se tenían sobre las enfermedades mentales las cuales eran poco inteligentes y las intervenciones médicas eran inhumanas e ineficientes.

En los pueblos primitivos existía un pensamiento animista y supersticioso, mítico y religioso, por lo que se tenía la creencia de que las personas con patologías mentales se comportaban de manera peculiar porque la locura estaba íntimamente relacionada con las fases y las transformaciones de la luna. Por esta razón se les llamaba lunáticos. Mucho de lo que se sabe hoy en día sobre este tema se ha podido deducir gracias a distintos hallazgos en varias partes del mundo, como prácticas encaminadas a liberar sujetos con algún tipo de trastorno mental de supuestos espíritus malignos contenidos en su cabeza o cuerpo. Por otro lado y con mayor seguridad, se encuentran varias culturas literarias que han legado documentos escritos donde suponían que la conducta anormal era resultado de la posesión de una persona por espíritus malignos.

En la cultura mesopotámica por ejemplo, consideraban que si alguien sufría una enfermedad o un trastorno mental era un castigo enviado por espíritus malignos penalizando sus faltas. Otro ejemplo es el hinduismo, donde se pensaba que existían siete demonios que producían distintos tipos de locura o la cultura china, que influenciada por el confucianismo, pensaba que la locura se producía cuando no se respetaban las tradiciones de los antepasados debiendo invocarles para volver a la normalidad.

En este lado del mundo, la parte occidental, se ha visto mayormente influenciada por la cultura hebrea a través del cristianismo y es importante mencionarlo, ya que este hecho forma parte de la evolución en el tratamiento que el "loco" recibe de la sociedad, pero esto será descrito más adelante.

Desde tiempos muy remotos se tienen incógnitas, elementos tradicionalmente orientales que han quedado sin resolver. El pensamiento greco-romano ha venido siendo una de las épocas más importantes en la historia de la psicopatología porque trata de distinguir entre un mundo terrenal y un mundo del más allá, tratando de resolver una incertidumbre que si bien, seguimos teniendo hasta la fecha: el dualismo mente-cuerpo. En general, esta época se caracteriza por querer generar un concepto de la vida como fuga de lo terrenal.

Alrededor del año 600 a.C., la filosofía griega comienza a sustituir sus doctrinas mitológicas, donde su interés fundamental está en buscar los principios primeros y la esencia de las cosas en el mundo material. Este inicio de la "concepción naturalista" se va a extender progresivamente a distintos ámbitos del conocimiento; tal es el caso de la concepción de los trastornos mentales como fenómenos naturales.

Hipócrates (460-370 a.C.), además de ser el padre de la medicina moderna es considerado como el padre de la psicopatología, ya que va a ser el primero en diferenciar los trastornos mentales con el resto de los trastornos somáticos (Lemos, 2000). Proponiendo la teoría humoral, el autor pretende explicar la diferencia entre la *Physis* (naturaleza) universal y la multiplicidad de las individualidades, donde las cualidades de cada persona serán consecuencia de la combinación de estos humores, la herencia y los factores ambientales que rodean al individuo. Para Hipócrates, la enfermedad (física o mental) es el resultado de la ruptura del equilibrio humoral y su curación será la homeostasis.

Otro autor destacado en la época romana dentro de la historia de la psicopatología fue Celso (I d.C.), tratando de diferenciar la locura y el delirium, donde éste era un trastorno transitorio debido a la fiebre y la locura era un tipo de demencia. También hizo distinción entre ilusiones y alucinaciones, los cuales hoy sabemos que son dos tipos de engaños perceptivos, además de describir diferencias entre la tristeza y la euforia.

Galeno (130-200 d.C.) será otro médico griego importante, el cual tomará como base de su obra a Hipócrates y utilizará el término "temperamento" para referirse a la constitución de los humores corporales. Distinguiendo cuatro de estos, Galeno decía que estaban ligados a los rasgos psicológicos de las personas, sin restarle importancia a las cuestiones ambientales y su influencia en el temperamento de cada individuo. La idea básica de Galeno tanto de enfermedad mental y física, era debida a un desequilibrio humoral; por lo tanto, muchas de las medidas terapéuticas que se utilizaban consistían en intervenciones físicas con las que se buscaba aumentar o reducir la cantidad de uno o varios humores.

Estos autores que se describen anteriormente son el claro ejemplo del comienzo de aterrizaje de la enfermedad mental como algo real, sin embargo, el dualismo importado por la Grecia clásica desde Oriente no quedó anulado en absoluto.

Por otro lado tenemos a Platón, quien creó una estructura jerárquica para describir la organización del alma la cual dividió en dos: un alma inmortal (la razón o intelecto divinos) y un alma inferior mortal la que a su vez se dividía en otros dos niveles, uno cargado de coraje y pasión y otro encargado de la nutrición y la reproducción. Según Platón, los niveles superiores del alma deben ejercer control sobre los inferiores y si esto no ocurre, deviene en trastorno mental.

Este tipo de concepciones dualistas harán un progresivo oscurecimiento intelectual que conducirá hasta la Edad Media, la cual tiene como característica fundamental la impregnación de la religión en todos los ámbitos de la vida cotidiana. En ésta época, la sociedad estaba llena de desigualdades y la religión tenía un status privilegiado, donde un dios todopoderoso castigaba cualquier desviación que saliera de la norma social.

Esta fuerte impregnación de la religión en todos los órdenes de la vida va a ser un factor determinante de la concepción de la enfermedad mental que se tendrá en la época, además de heredar una creencia del judaísmo, donde la locura es un

castigo de dios (Lemos, 2000). Sin embargo, la influencia de la iglesia no fue totalmente negativa. Durante esta misma época la iglesia asumió la responsabilidad de levantar y desarrollar nuevos hospitales mentales, asilos y hospicios.

Es importante distinguir entre dos momentos de la historia de la psicopatología dentro de la Edad Media: el primero abarca desde el siglo V hasta el siglo XIII y el segundo desde este último hasta el Renacimiento.

Durante gran parte de la Edad Media coexistieron tres marcos culturales importantes en Occidente: el bizantino, el árabe y el cristianismo. Los conocimientos de la civilización greco-romana fluyen a través de Bizancio y en particular, la medicina basada en los principios humorales. Por otra parte, los árabes toman de él esos conocimientos y los mantienen activos teniendo sus propios méritos, ya que los árabes fueron los primeros en fundar centros de cuidados para personas con trastornos mentales, donde se les proporcionaba un trato humanitario, basado en la creencia de que el loco era una persona elegida por Dios para hablar a través de él.

Sin embargo, la influencia más importante durante la Edad Media viene a darse por el cristianismo, ya que, a mediados del siglo XV, se lleva a cabo una persecución hacia todas aquellas personas calificadas por una u otra razón (muchas veces injustificable o por simples ideologías) como disidentes o peligrosas para la Iglesia, incluyendo a personas que padecían de sus facultades mentales.

Esta persecución es institucionalizada como la famosa Santa Inquisición, dirigida por Inocencio III en 1119 donde herejes y brujas fueron acusados de prácticas satánicas. La mayoría de estas acusaciones afectaron a mujeres, de lo que se deduce una auténtica misoginia durante esta época.

Es muy probable que muchos casos de brujería fueran en realidad casos patológicos ya que, como es sabido, los delirios que tiene una determinada persona están estrechamente relacionados con temas de cada entorno cultural y momento histórico, por lo que los contenidos delirantes y creencias de las personas en esta época eran habitualmente la posesión diabólica o contacto con el diablo. Es posible que también los castigos de brujería recayeran en ancianas que sufrían demencia senil o incluso epilepsia, tomándose este último como signo de posesión diabólica.

No todo estaba tan deteriorado en esta época, ya que durante la historia de la psicopatología también se encuentran pensadores que trataron de abordar la locura desde un enfoque un poco más racional aunque claro, eran los menos. Alberto el Grande (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274) por mencionar algunos, relacionaban estrechamente la enfermedad mental con la enfermedad somática sin dejar de lado esa parte místico-religiosa de posibles posesiones demoniacas.

A partir del siglo XII comenzaron a crearse en Europa los primeros asilos y hospitales para indigentes a los que también eran conducidas las personas con enfermedad mental, siendo disueltos sus costos por la iglesia o instituciones caritativas laicas. En el año de 1409 el padre Gilibert promovió en Valencia el primer hospital para enfermos mentales y, durante el siglo XVI, los hospicios medievales fueron reemplazados por hospitales municipales o estatales. Muchos de los hospitales generales que había, incluso refugios para pobres, evolucionaron en hospitales para la salud mental.

A principios de 1500 esto es, en la época renacentista y la Ilustración, se empieza a manifestar la necesidad de dar un trato alejado de toda crueldad a los enfermos mentales y no tardó en empezar, ya que hubo un cambio radical hacia las mujeres y empezó a haber rechazo hacia las doctrinas demonológicas.

En estas épocas también surge el que muchos consideran como el primer psiquiatra de la historia, Weyer, quien se especializó en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Una de las mayores influencias de la psicopatología y de las ciencias de la conducta viene a darse en este periodo con la obra de Juan Huarte de San Juan (1530-1592), quien identificó al cerebro como el punto principal de la razón, además de comenzar a escribir sobre el ingenio, el carácter y la voluntad, rechazando las ideas teológicas y sustituyéndolas por la filosofía natural griega, además de seguirse construyendo centros asistenciales para enfermos mentales, siendo aún dependientes de instituciones religiosas.

A partir del siglo XVII los procesos por brujería se empiezan a hacer menos frecuentes, y en 1682 Luis XIV quita la pena de muerte para las brujas, progresando la medicación de éste y otros tipos de conductas anormales.

Locke (1632-1704) sugirió una explicación asociacionista siendo avanzada para su época y tomada en cuenta en las ciencias del comportamiento. Básicamente esta idea proponía que los trastornos mentales eran el resultado de una forma imperfecta de razonar, donde existían asociaciones inapropiadas derivadas de aprendizajes inapropiados que daban como resultado un pensamiento ilógico, lo que causaba la enfermedad mental, sin embargo, esta idea no tuvo tanto valor hasta años después, influyendo para considerar que si la locura es consecuencia del aprendizaje podría curarse por un proceso de reaprendizaje, intentando configurar una sociedad que impidiese tales aprendizajes desadaptativos, atribuyéndole al entorno físico y social un papel importante y determinante para la aparición de un trastorno mental.

A pesar de que empieza a haber un racionalismo en este momento histórico debido, evidentemente, a los nuevos descubrimientos científicos, la gente aún se veía rodeada de creencias irracionales acerca de la naturaleza de la enfermedad

mental, como por ejemplo la tesis del animalismo, donde se creía que los enfermos mentales no sentían dolor o frío.

Así como poco a poco va evolucionando la concepción de psicopatología también cambiaron muchas cosas para las instituciones mentales, ya que el Estado se va fortaleciendo y poco a poco haciéndose responsable de fundar y mantener hospitales y centros para enfermos mentales.

La expansión de las ciencias que se produjo en este periodo histórico afectó no solo a la medicina sino también los conocimientos sobre la enfermedad mental.

En el siglo XVIII se crea y se fortalece la conceptualización de los trastornos mentales como enfermedades nerviosas, el cuál duró hasta el siglo XIX, siendo defendido por autores como Foville (1799-1826) quien sugería que se trataban de enfermedades mentales causadas por un mal funcionamiento del sistema nervioso sin que existiera una alteración estructural. No obstante, este concepto chocó con otra tendencia muy importante, la cual, buscaba el origen de la enfermedad mental en alteraciones anatómicas. Esta corriente se desarrolla principalmente durante el siglo XIX y pertenece a Pinel (1715-1826). Este autor propone 5 tipos distintos de neurosis localizadas, según él, en distintas partes del cuerpo pero en su investigación se encontró con un problema: al analizar 36 cadáveres de enfermos mentales, no pudo hallar ninguna lesión orgánica. Aunque Pinel no fue el único.

Anteriormente existieron varios científicos que fracasaron en el intento de localizar lesiones cerebrales que pudieran explicar el porqué de algunos comportamientos humanos, por lo que tratar de correlacionar la locura con anomalías estructurales del cerebro fue perdiendo fuerza y el enfoque funcionalista fue ganando asociados progresivamente. Un gran ejemplo es Brown (1735-1788), para quien la característica esencial de la vida es la excitabilidad (capacidad de reaccionar ante cualquier estímulo). De un tratamiento moralista nos saltamos a un pensamiento

asociacionista, el cual es importante mencionar debido al pensamiento similar que rige a la psicología actualmente.

En este mismo siglo, el concepto de facultad apareció gracias a Christian Wolff, quien es llamado el padre de las facultades. Este autor consideró que, capacidades tales como prestar atención, recordar o percibir eran algo parecido a poderes mentales o que eran independientes

Dejando poco a poco el siglo XVIII para entrar al siglo XIX, un siglo que se prestó para la creación de nuevas doctrinas importantes como lo es el comienzo de las ciencias biológicas y cognitivas, las cuales, tienen un grado de importancia e influencia muy grande en la actualidad. De igual manera surgieron doctrinas que no fueron (y no son) muy aceptadas por la ciencia debido a que tienen un grado de misticismo e irracionalidad. A estas doctrinas se les otorgará el nombre de pseudociencias.

Francia fue de los primeros países en comenzar a tomar partido para cambiar la forma de atención e intervención hacia los enfermos mentales. Pinel, de quien ya hemos hablado anteriormente, propone una intervención terapéutica a la que llamó "tratamiento moral" la cual se expandió en varias partes del mundo. Tuke (1732-1819) influenciado por la idea de este tratamiento formó en Inglaterra una casa de retiro para enfermos mentales donde utilizó técnicas terapéuticas como la laborterapia, el descanso y la atención cuidadosa a los enfermos; también en Estados Unidos, España e Italia se abrieron centros similares y, en éste último, se promulgó la primera ley de dementes obligando a tratar médicamente a los enfermos mentales.

Sin embargo, no todos los que se dedicaban a buscar un mejor tratamiento para los enfermos mentales estaban de acuerdo con esta técnica, debido a que los principios terapéuticos del tratamiento moral carecían de sistematización y

estaban basados únicamente en el sentido común, además de que no tenían sustento teórico lo cual hizo que fuera infestado de críticas.

En esta época histórica también existieron lo que algunos consideran como intentos de explicación y descripción de lo que pasaba con los enfermos mentales, siendo doctrinas meramente especulativas e incluso esotéricas. Tal fue el caso del mesmerismo y la frenología.

Mesmer (1734-1815) estaba convencido de que los astros y su movimiento influían en el comportamiento y la fisiología de las personas. Este médico vienés decía que algunas enfermedades mentales tenían como origen la mala distribución de fluidos magnéticos (magnetismo animal), los cuales aseguraba se encontraban dentro de las personas y se curaban a través de sesiones magnéticas, las cuales, consistían en pasar sus manos por el cuerpo del paciente en sentido descendente.

Las prácticas de Mesmer fueron exitosas entre varias personas pero esto no duró mucho tiempo, ya que poco a poco sus pacientes se quejaron de que sus malestares no se resolvían o simplemente regresaban. Mesmer se excusó diciendo que querían desacreditarlo o que las personas simplemente no querían curarse, por lo que los éxitos de Mesmer podrían explicarse como efectos de sugestión.

Hablando de sugestión, otro autor importante fue Jean Martín Charcot (1825-1893) quien fue importante en el mundo de la hipnosis, estudiando sus efectos curativos a través de la sugestión. Charcot proponía que la hipnosis era un estado de histeria provocado artificialmente, y a pesar de haberlo llevado a cabo varias veces, llegó a ser acusado por varios de sus pacientes de no haber sido realmente hipnotizados.

Por otro lado, Gall al estudiar algunas funciones psíquicas, decía que se encontraban en zonas específicas del cerebro y esa morfología cerebral podía identificarse con exámenes de las protuberancias craneales del individuo. Esta doctrina fue llamada frenología y, a pesar de que actualmente se sigue considerando una pseudociencia esta tesis fue el origen para nuevas tendencias, al considerar al cerebro como el órgano de la mente, a las facultades mentales como independientes e innatas o que éstas están definidas en regiones específicas del cerebro. Sin embargo, además de interesarse en las capacidades cerebrales, también mencionaba los rasgos temperamentales y las actitudes. La frenología despertó grandes intereses en las neurociencias, y así fue como se empezaron a estudiar las estructuras y funciones del cerebro.

Un defensor de la tesis de Gall, sobre todo por la parte de la relación directa entre facultades mentales y sus lugares de localización fue Paul Broca, quién además opinaba que las razas humanas podían ordenarse jerárquicamente en una escala de desarrollo intelectual.

Otro autor importante de esta época fue Alfred Binet (1857-1911). Este investigador recurrió inicialmente a la medición de cráneos cuando quiso estudiar las facultades mentales y el nivel de inteligencia de las personas; sin embargo, debido a varios de sus estudios que no concordaban con sus ideas principales, abandonó esta práctica y la creencia que sustentaba de que el volumen de la cabeza de las personas era equivalente a la inteligencia de los sujetos.

La frenología de Gall y la sucesión de hallazgos neuroanatómicos y patológicos relacionados con diferentes funciones mentales crearon un ambiente propicio para el desarrollo de una corriente organicista importante durante el siglo XIX, además de ofrecer la primer clasificación visible de los trastornos mentales.

A fines del siglo XIX las teorías biológicas y evolutivas están en pleno apogeo gracias a los descubrimientos e intereses por la inteligencia, estructuras y

funciones cerebrales. En este mismo siglo hubo una gran aplicación de metodologías observacionales y elaboración de taxonomías en las ciencias naturales. Poco a poco, la psicopatología fue impregnándose de tintes naturistas y organicistas.

Muchos de los profesionales de estas ciencias influidas en su mayoría por disciplinas biológicas, comienzan a trabajar en la recopilación de estudios clínicos, en la observación continua del comportamiento de enfermos mentales y su sintomatología. Es en esta época donde aparece el registro y seguimiento de los pacientes incluyendo un estudio histórico del trastorno, desde su inicio hasta los cambios del enfermo una vez aplicado el tratamiento.

En el siglo XIX nace un saber psicopatológico que va a dar pie a mucho de lo que conocemos actualmente y con lo que muchos profesionales de la salud seguimos trabajando: la psicopatología descriptiva. Ésta rama de la psicopatología puede definirse como un sistema descriptivo y cognitivo ideado para captar aspectos de la conducta anormal (Berrios, 2008).

En este periodo histórico hubo tres focos principales de crecimiento de la psicopatología: Francia, Alemania e Inglaterra. Dentro de la primer escuela, nos encontramos con Esquirol (1772-1840), quien además de haber sido discípulo de Pinel fue destacado por sus críticas a la influencia tan fuerte que tenía la filosofía en la psicopatología, intentando promover la observación rigurosa de los hechos de la enfermedad y su cuantificación.

Así mismo, Esquirol fue de los primeros en interesarse en describir y clasificar los trastornos mentales, más que en indagar la patogenia y la etiología. Paralelamente a esta perspectiva descriptiva, se desarrollaron en Francia enfoques más bien interesados por los determinantes de la enfermedad mental; entre los autores más importantes están Morel, Magnan y Charot.

Anteriormente ya habíamos hablado de Charcot, quien hizo bastantes estudios relacionados con la neurosis y la utilización de la hipnosis como solución terapéutica. Por otro lado, Benedict Morel (1809-1873) se interesó más en el papel que tenía la herencia en los trastornos mentales elaborando una nosología fundamentada en la etiología de los trastornos y proponiendo su teoría de la degeneración la cual habla, principalmente, de que para que exista un trastorno mental debe haber una degeneración genética, que va desde la neurosis hasta la deficiencia mental pasando por las psicosis. Esta tendencia, según Morel, es hereditaria y se agrava progresivamente. Siguiendo los pasos de este autor llega Magnan (1835-1916), quien establece una confrontación con la nosología propuesta por Kraepelin, de quien hablaremos más adelante.

En cuanto a la escuela alemana, poco a poco se va deslindando del enfoque dualista en la concepción de enfermedad mental que en un inicio adoptó, para empezar a enfocarse en la somatización. Wilhelm Griesinger (1817-1868) va a representar con fidelidad esta corriente. Este autor le resta importancia a los determinantes culturales de los trastornos mentales, afirmando que éstos son trastornos del cerebro.

Por otro lado, la escuela inglesa fue desarrollada por autores tales como Maudsley (1835-1918) quien va a trabajar sobre la teoría de la degeneración de Morel, y Jackson (1834-1911) quien va a elaborar una versión neurobiológica de la misma. Del mismo modo, Prichard quien fue un alienista inglés importante para la historia de la psicopatología, adoptó la teoría de la psicología de las facultades para atacar la visión "intelectualista" de la insania, haciendo referencia a que un trastorno mental era algo primariamente causado por un trastorno de las funciones intelectuales.

El contexto de la época favorecería esa inclinación, puesto que aparecían continuamente datos anatómo-patológicos relacionados con alteraciones en el funcionamiento psicológico: los descubrimientos de Broca y Wernicke sobre las

afasias, de Korsakov sobre la amnesia o de Alzheimer y Pick sobre las demencias, por mencionar algunos (Lemos, 2000).

Sin embargo, este enfoque biológico que se estaba utilizando no se basaba tanto en la experimentación e investigación clínica.

Es aquí donde entra Kraepelin, quien comienza a desarrollar su trabajo de investigación en ciertas psicopatologías, por lo que en la actualidad es imposible no describir el pensamiento psicopatológico como neo-kraepeliniano, ya que creía que la tarea fundamental de la psiquiatría era describir las enfermedades esenciales y sus formas básicas a través de la expresión sintomatológica de los pacientes.

Aprendiz de investigadores como Griesinger, Helmoholtz y Wundt, Kraepelin trabajó arduamente en intentar crear un sistema nosológico sólido y coherente para las enfermedades mentales y, sabiendo del trabajo realizado por Esquirol, intentó igualarlo y mejorarlo adoptando un enfoque ateorico, concentrándose exclusivamente en la descripción precisa de las categorías diagnósticas en vez de apoyarse en las causas y los mecanismos que determinan los trastornos mentales, debido a que era un tanto difícil establecer la etiología y la patogenia de la mayoría de las enfermedades mentales; por tanto, Kraepelin optó por clasificar éstas a partir de su presentación clínica y su curso.

Ahora entramos a otro tipo de visión, una visión que podríamos llamarla evolutiva-estructuralista, la cual tiene como protagónico los modelos estructurales jerárquicos. Estos modelos han formado parte importante en la historia de la psicopatología, siendo aplicados tanto en la descripción de la inteligencia como en estudios de temperamento y personalidad.

El significado de los modelos estructurales jerárquicos es doble, ya que por un lado hacen referencia a la organización de un sistema en un momento dado y por

el otro se refiere a la evolución de una estructura. Esa última definición es la que utilizará la visión evolutiva-estructuralista para referirse a la patología, donde se propone una inteligencia inicial programada genéticamente para diferenciarse progresivamente en aptitudes específicas a lo largo del desarrollo. Este modelo estructural jerárquico también se ha utilizado para explicar el proceso evolutivo de las especies, donde, según tal noción, se ha seguido un camino de progresivo perfeccionamiento hasta llegar al hombre (que se encontraría en la cúspide de la jerarquía evolutiva).

Sin embargo, en el campo de la psicopatología, la concepción de evolución como progreso reafirmó la idea de que la enfermedad mental era el resultado de una degeneración, indicando que la naturaleza estaba actuando eliminando a los individuos genéticamente inferiores. Se argumentaba también que había una relación entre la personalidad de esta clase de "personas inferiores" con rasgos como la deshonestidad, incapacidad para esperar la gratificación, promiscuidad sexual, holgazanería, etc., llamado "síndrome de deficiencia general del carácter". Además se tenía la creencia de que quienes tenían este tipo de rasgos de personalidad se manifestaban, tarde o temprano, en trastornos mentales.

Es aquí donde entra esta idea de que las razas podían ser clasificadas en función a un supuesto grado de proceso evolutivo, afirmando que la raza caucásica era más avanzada, tanto cultural como biológicamente que otras.

Paul Broca, quien se ha mencionado en este trabajo por sus descubrimientos sobre las afasias junto con Wernicke, tenía la creencia de que existía una jerarquía de desarrollo entre las diferentes razas humanas.

H. H. Goddard fue un estudioso de la deficiencia mental e introductor de los test evaluativos de Binet, quien también apoyó la hipótesis de la degeneración; esto se comprueba con su participación en el programa de selección y control de migración en los Estados Unidos llevado a cabo a principios del siglo XX, donde

Goddard aplicaba pruebas de inteligencia y caracterizaba como débiles mentales a personas marginadas, delincuentes e individuos de clases bajas, explicando su situación social por su escasa inteligencia.

La tesis degeneracionista tuvo influencia en distintos investigadores y Lombroso fue uno de los autores más importantes utilizándola en el aspecto criminalista, basándose en la idea de que los criminales tenían una organización nerviosa de tipo degenerativa que debía ser identificada a partir del estudio de su morfología corporal y, de esta manera, se podía discriminar a los criminales innatos. Es importante mencionar este hecho histórico porque la aplicación de técnicas desarrolladas en este campo criminológico pronto se extendió al campo de los enfermos mentales. Si lo anteriormente mencionado lo comparamos con la actualidad, podremos darnos cuenta de que en pleno siglo XXI se siguen teniendo ideas similares sobre la apariencia de las personas.

A mediados del siglo XIX, Dowbiggin sugiere que muchos profesionales de la salud adoptaron la tesis degeneracionista porque se encontraban en un ambiente en el que sufrían presión por parte de la sociedad.

Otra fase importante para la evolución de la psicopatología es esta parte donde se empezaron a hacer interrogantes no sólo de lo físico, lo tangible sino lo que se encuentra más allá, lo que no se puede ver, como los sentimientos, las dolencias, las percepciones individuales del mundo exterior; el por qué existen trastornos mentales sin que haya declaración alguna de problemas neurológicos.

Freud, neurólogo, médico y padre del psicoanálisis en 1906 propuso conceptos base para su extensa obra como el Ello, Yo y Superyó los cuales, deben de tener un balance para que no devenga patológico el sujeto (entre muchas otras cosas importantes) sin dejar de lado el aspecto médico que fue su formación primaria; Janet (1903) explicó la enfermedad mental como un fracaso en el control que las estructuras superiores ejercían sobre las inferiores y, 66 años después llega Ey,

para quien tener un trastorno mental era permanecer o regresar a un nivel inferior de organización de la vida psíquica.

Jackson fue un investigador inglés que retomó ideas de Moreau para poder crear una tesis degeneracionista desde una perspectiva neurobiológica, donde propone la idea de un esquema jerárquico que nace a partir del sistema nervioso. Jackson expresa que los procesos sensoriales y perceptivos son secuenciales y, según esta idea, el reconocimiento y la identificación se llevan a cabo a través de una serie de etapas en diferentes niveles de complejidad. En psicopatología se ha utilizado esta teoría sobre los esquemas jerárquicos pero, más bien, refiriéndose a que existe un continuo entre la normalidad y el trastorno mental.

Esta concepción de las relaciones entre lo normal y lo anormal es retomada de la concepción galénica y su teoría humoral. Recordemos que Galeno proponía que si existe un balance determinado en los humores corporales existe una personalidad normal. Podría decirse que actualmente, una doctrina de los humores corporales es la investigación basada en el establecimiento de las relaciones entre el trastorno mental y el déficit o el exceso de determinados neurotransmisores. Sin embargo y como sabemos los profesionales de la salud mental, esta idea no ha dejado de ser objeto de discusión hoy en día; Dubrobsky, por ejemplo, en el año de 1990, sugiere que el trastorno mental no puede ser entendido exclusivamente como una pérdida del balance de neurotransmisores, sino que ha de ser abordado como un estado cualitativamente diferente de la normalidad, siendo éste, resultado del funcionamiento del sistema nervioso de un modo diferente al normal.

En el siglo XIX se encuentran los inicios de la psicología experimental, donde se encontraron desde el principio dos grandes vertientes: la tradición de Wundt-Pavlov y la de Galton-Spearman. La primera de ellas se basó mayormente en utilizar técnicas bivariadas fundamentadas en la manipulación y el control de variables, mientras que Galton y Spearman utilizaron un enfoque multivariado,

debido a que estaban interesados en las asociaciones entre variables más que en las relaciones causales.

No obstante, W.B. Maher y B.A. Maher (1995) tuvieron la creencia de que el origen de la psicopatología como tal se dio gracias a Emil Kraepelin, quien estudió con Wundt en un laboratorio experimental y posteriormente tuvo el suyo, donde enseñó a varios estudiantes destacados, quienes posteriormente fundaron laboratorios en Inglaterra y Estados Unidos. La relación entre psicología y psicopatología parecía que iba a ser duradera y prometía resultados interesantes, pero las cosas fueron por otro camino durante los primeros años del siglo XX, debido a la influencia de corrientes filosóficas como la fenomenología (Lemos, 2000).

En Alemania también hubo otros autores importantes para la configuración de la psicopatología de nuestros tiempos además de Wundt y Kraepelin: Jaspers y Schneider, quienes fueron fenomenólogos.

Jaspers (1883-1969) no sólo quiso aportar más cosas para el desarrollo de la psicología sino fundar una nueva manera de hacer psicología basada en la observación y la comunicación de las vivencias a partir de su método introspeccionista fenomenológico, intentando delimitar una psicopatología como ciencia. Sin embargo, el método llevado a cabo por Jaspers, a pesar de haber sido un buen acercamiento y complemento para la psicología muchos lo consideraron lejana a ella.

Como se sabe, la psiquiatría es la rama científica que ha tratado con mayor frecuencia el tema de la psicopatología actualmente, sin embargo, el enfoque antiexperimentalista propuesto por Jaspers acabó reduciendo el éxito en la práctica clínica, debido a que los fenómenos anormales dependían más de la intuición que del conocimiento.

Ya se ha mencionado anteriormente que varios autores fueron los pioneros para que se considerara crear lo que ahora conocemos como diagnósticos psiquiátricos, pero a lo largo del tiempo así como la psicopatología misma, han sufrido muchos cambios.

Existe una diferencia bastante notoria entre la psicopatología antes y después de 1900, ya que los síntomas físicos de la locura empezaron a tomar fuerza y desempeñaron un papel importante. En los diagnósticos psiquiátricos por ejemplo, se empezaron a incluir, además de los síntomas psicológicos como delirios o alucinaciones, quejas somáticas, siendo éstas consideradas rápidamente como rasgos primarios. Sin embargo fue tal el auge de esa nueva sintomatología que se llevaron a cabo estudios detallados sobre enfermedades las cuales incluían síntomas somáticos pero quedaron clasificados como “no específicos”.

La idea de que las molestias somáticas eran síntomas de un trastorno mental no fue el resultado final de estas investigaciones empíricas, sino que le dieron un giro a la psicopatología y a su clasificación conceptual.

Una de las contribuciones más importantes del siglo XIX fue la incorporación de las experiencias subjetivas, de la aceptación de la “experiencia interna” ya que, como se ha venido mencionando, las descripciones que se hacían sobre la insania estaban basadas en la observación de la conducta evidente y de la competencia psicosocial.

A principios del siglo XIX, se llevaron a cabo algunos cambios en muchas teorías psicológicas dado que las experiencias subjetivas empezaron a tomar fuerza y los contenidos de la conciencia se convirtieron en un legítimo campo de investigación.

Sin embargo, los psiquiatras de la época no tardaron en interesarse en este aspecto, ya que en ese entonces estaban buscando nuevas fuentes de información clínica. Es así como pronto se empezaron a desarrollar métodos para

obtener y registrar datos, teniendo como resultado lo que actualmente conocemos como evaluación del estado mental. La introspección se convirtió en un método de indagación psicológica muy importante hasta que se vio enfrentado con el conductismo del siglo XX.

El considerar las experiencias subjetivas como síntomas mentales legítimos permitió redefinir los conceptos de varios trastornos mentales entre ellos la melancolía y la manía, los cuales empezaron a depender de la cualidad de los estados de ánimo, o la paranoia, a la cual le fueron incorporadas características como experiencias delirantes puras y estupores.

Otro de los cambios importantes en el campo de la psicopatología y las descripciones de las enfermedades fue el tiempo de duración. Anteriormente se tenía la idea de que, una vez hecho el diagnóstico de la persona con una conducta "antinatural" siempre iba a estar así, es decir que la locura era considerada como algo intemporal.

Después de la década de 1850, el enfoque longitudinal impulsó cambios en el concepto mismo de enfermedad mental, por lo que pronto llegaron a distinguir entre una insania aguda y una crónica. En 1856, Kahlbaum sugirió que la información obtenida de la observación longitudinal podría emplearse para corregir diagnósticos y, a finales de siglo, este aspecto se había convertido en una categoría importante en el análisis de la enfermedad.

Es en esta misma época donde la tarea reconocida de la psicopatología descriptiva ha sido la identificación de clases de actos mentales anormales, y donde se comenzó a pensar en que cada uno requería un nombre específico (Fue así como los psiquiatras de ese tiempo procedieron a dividir la "conducta insana" en clases, conceptos, tipos o unidades individuales de análisis.

Los finales del siglo XIX estuvieron llenos clasificaciones de trastornos mentales que se basaban principalmente en la presentación clínica o en la etiología especulativa. Fue así como Kahlbaum y posteriormente Kraepelin procedieron a emplear características de diagnóstico tales como edad, sexo, duración, evolución y resultado, las cuales iban más allá de mera sintomatología.

Este gran paso que se hizo fue tomado en cuenta posteriormente logrando mejorar la metodología del último cuarto del siglo XX, ya que actualmente se incluyen entrevistas diagnósticas estructuradas intentando dar un sentido a la experiencia subjetiva del sujeto, así como obtener definiciones de amplia difusión en cuanto a trastornos mentales se refiere, además de que se ha conseguido mejorar la fiabilidad de las clasificaciones.

En el siglo XX y siglo XXI los aportes a la psicopatología son de diversa procedencia, dado que numerosas tendencias han contribuido desde distintos ángulos de origen a enriquecer un panorama cada vez más complejo.

Desde el ámbito psicológico florecen diversas escuelas norteamericanas como el Estructuralismo, el cual estará encabezado por Titchener; el Funcionalismo sigue la corriente abierta por William James y la psicología Asociacionista con la obra de Thorndike. Otra corriente que ya se ha comentado anteriormente, la cual tiene una influencia muy intensa es el Conductismo iniciado por Watson y potenciado por Skinner. Otra escuela que actualmente sigue utilizando bastante y que tiene su origen en Europa pero creció mayormente en Estados Unidos es la teoría Gestáltica.

El tratamiento de las técnicas de exploración y tratamiento médico también han tenido un cambio sofisticado con el paso del tiempo, haciéndose cada vez más precisas y numerosas. Uno de los puntos con mayor exploración e investigación ha sido el de la actividad cerebral eléctrica, con la introducción y difusión de la

electroencefalografía así como el auge de la psicofarmacología, que ha cambiado numerosos aspectos de la clínica médica.

Y no sólo lo médico-psiquiátrico ha tenido cambios sino también los aspectos de realidad social del enfermo mental, los cuales se comenzaron a tomar en cuenta a partir del siglo XX y para el siglo XXI son esenciales. Las características sociales van desde quién se preocupa de mejorar la situación del paciente hasta quién defiende posiciones radicales en relación con los posibles factores alienantes de nuestra sociedad. Igualmente debe situarse en este apartado los aspectos sociales de la patología mental en relación con el empleo de sustancias que crean hábito y dependencia, constituyendo lo anterior un gran problema social-sanitario, ya que afecta a un sector muy numeroso e importante de la población y sus repercusiones van mucho más allá del campo estricto de la psicopatología, donde evidentemente tiene su punto inicial.

Y así uno se puede pasar recabando más información y llenando un gran número de páginas explicando y detallando lo que antecede a la psicopatología, pero tampoco se trata de darle vueltas al asunto, ya que se ha descrito información suficiente e importante para tener una idea de cómo ha ido cambiando nuestra forma de ver a la psicopatología desde épocas primitivas, hasta nuestros días.

2. Concepto de psicopatología

Encasillar algo en el mundo de la salud nos ha llevado a cometer error tras error, y el concepto (en sí) de psicopatología no se ha podido salvar de esto. Como se pudo ver en el apartado de historia de la psicopatología, hemos cometido atrocidades a lo largo del tiempo por el simple hecho de tener distintos puntos de vista sobre lo que es o no es normal. Es evidente que actualmente no nos podemos zafar de etiquetar o categorizar pero si no se hiciera, ¿qué sería de las enfermedades mentales y de las ciencias que se dedican a estudiar la salud

mental? Tal vez el error no radica en tratar de limitar sino en lo que cada uno entiende y usa para su conveniencia.

El término de psicopatología fue empleado por el médico alemán Hermann Emminghaus desde 1878 como sinónimo de psiquiatría clínica y, a pesar de haber sido el creador de este término, no fue muy reconocido. Karl Jaspers, de quien hemos hablado ya, es quien hace alusión al término psicopatología como lo conocemos en la actualidad.

La psicopatología es un término polisémico y su utilización en el lenguaje de las distintas ramas de la salud mental varía en función de la orientación científica o de la especialidad de quien hace uso de él.

Etimológicamente el término de psicopatología está formado por tres palabras que provienen del griego *Psyché*: alma, *Pathos*: afección, dolencia, sufrimiento, y *Logos*: tratado, razón, definición de. De esta manera, "psicopatología" puede pensarse como una enunciación consecvente que comunica el saber de una ciencia que corresponde a un determinado ámbito: el del acontecer psíquico patológico; así, podemos decir que es una disciplina que se refiere a los conocimientos relativos a las anormalidades y desórdenes de la vida mental (Baumgart, 2000).

En semiología, la psicopatología es un conjunto de signos y síntomas que los profesionales de la salud mental utilizamos para el diagnóstico de las enfermedades psíquicas. Así, siendo ésta la base de doctrinas tales como la psiquiatría o la psicología clínica, su función consiste en la descripción y explicación de la conducta patológica. Esta descripción es, como bien se dice precisa y concisa sin embargo, tanto su concepto como su utilización pueden ser más detalladas. Como todos los leguajes, es un producto histórico que ha venido surgiendo de coordenadas socioculturales determinadas y, evidentemente, está sujeto a cambio. En este caso es apropiado utilizar el tiempo presente porque

nada está determinado; así como Kraepelin escribió las primeras posibles características de la demencia precoz la cual poco a poco fue evolucionando hasta convertirse en esquizofrenia, hoy la sintomatología de ésta enfermedad mental es distinta, incluso del DSM-IV al DSM-V.

Como se ha mencionado, mucho de lo que implica el concepto de psicopatología está basado en la filosofía, psiquiatría y psicología que, desde épocas muy antiguas, nos ha ayudado a crear conceptos sobre las funciones mentales normales y de esta forma, sobre las previsible anomalías que se encontraban en los sujetos. Esta labor de construcción de un nuevo lenguaje semiótico se desarrolló a lo largo de finales del siglo XVII, todo el siglo XIX y de las primeras décadas del siglo XX y, a pesar de que actualmente existen doctrinas nuevas muy fuertes como lo son las neurociencias, no ha surgido ningún sistema que haya podido sustituir lo que con mucho esfuerzo se construyó durante esos siglos. Con esto, no se pretende dar a entender que no ha servido de nada inventar nuevas fuentes de investigación científica.

A lo largo de este trabajo se ha mencionado lo que es la psicopatología de las facultades y ahora haremos mención a ella. Según Urchurtu y Echeberria (2004) la psicopatología ha seguido tradicionalmente este modelo, donde los signos y síntomas mentales se clasifican en función de la facultad putativamente afectada; sin embargo, estas clasificaciones, aunque necesarias, son claramente imperfectas, ya que cada síntoma mental comparte características de distintas funciones mentales afectadas. Pero, ¿cómo saber qué está bien y qué está mal determinado en este proceso de clasificación en psicopatología? Primero lo primero, siendo esencial hablar sobre lo que consideramos como normal-anormal y las pautas que lo fundamentan.

El debate filosófico entre lo que se considera normal y anormal en cualquier doctrina que se encargue de estudiar la salud mental es apasionante, aunque

dicho debate sigue sin cerrarse y no es previsible que lo haga en un futuro próximo.

Es de esperarse que cualquier persona que se interese por el mundo de las enfermedades mentales se cuestione por un fundamento, una norma que ayude a detectar lo que podría considerarse normal respecto a lo patológico pero, dicha norma todavía no ha sido detectada. Es difícil delimitar estrictamente el concepto de enfermedad mental, dada la complejidad teórico-fenomenológica de la patología psíquica. Los fenómenos patológicos se presentan, en general, como modificaciones regulares de los fenómenos normales; sin embargo existen criterios que, utilizados conjuntamente, pueden auxiliarnos en esta distinción de normalidad-anormalidad.

Por ejemplo, lo anormal desde un punto de vista estadístico sería una desviación en el comportamiento y vivencias consideradas frecuentes en la mayoría de las personas, empero, no toda conducta o fenómeno que se escapa de la norma estadística puede ser considerado anormal. En otras palabras los criterios estadísticos son aquellos que toman como norma lo que es el promedio, lo que se ha estudiado como media del funcionamiento (Baumgart, 2000). Por otro lado, lo anormal también puede ser tomado en cuenta desde una perspectiva fisiológica, ya que algunos síntomas mentales y enfermedades están asociados a una lesión cerebral determinada o a la disfunción de ciertas áreas cerebrales. No obstante, la inmensa mayoría de los síntomas mentales siguen sin poder asociarse o identificarse con una función o área cerebral específica. Al igual que existe una descripción biológica, genética, evolutiva o cualquiera de las que se han mencionado o conocemos, tenemos la perspectiva de la desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. Buena parte de los síntomas mentales se desvían de lo que es comúnmente aceptado por el conjunto de la sociedad, sin embargo, no toda creencia o conducta que es considerada extraña para una sociedad determinada lo es para las demás, por tanto, desde un punto de vista social, lo psíquicamente anormal depende de la concepción imperante en

cada sociedad y, como ya se ha mencionado, es relativo a un orden etnográfico e histórico; así como las personas adquieren los estilos de expresión, creencias, supersticiones o modos de vínculo social, también se adquieren modos culturales en los que se manifiestan las anormalidades de la vida psíquica. Otro punto de vista que puede entrar en el rango social debido a que implica creencias o ideologías es el criterio teológico, donde se considera lo normal y anormal según aquello que se aproxima a lo óptimo y esto, puede estar descrito en términos religiosos, filosóficos o políticos. De hecho, así como muchos consideran lo biológico importante para determinar un trastorno o que algo es anormal, muchos otros consideran lo social como un aspecto igual de importante para que se consolide una patología.

Para efectos de este informe se considera que, lo anteriormente mencionado, se debe tomar en cuenta para evitar posibles abusos derivados de la instrumentalización de las ciencias de la salud mental y, a partir de aquí, cuando se habla de patología psíquica o normal-anormal, se tiene que pensar desde qué puntos de vista se está definiendo eso que llamamos anormalidad, es decir, qué criterios están en juego.

Y así como el concepto de anormalidad o enfermedad es necesario para este trabajo también es importante tener la noción de que se considera como normal o sano. El concepto médico de salud mental se basa en la suposición de que la salud es lo opuesto a la enfermedad, sin embargo, la ausencia de enfermedad mental no es un criterio suficiente para poder catalogar a una persona como mentalmente sana. A esto se le ha denominado, desde hace algunos años atrás como *salud mental positiva*, la cual se manifiesta como un estado de bienestar psíquico. Aun así, esto de la normalidad o salud mental sigue siendo un término demasiado ambiguo y mucho más complicado de definir que anormalidad ya que cada autor que investiga y escribe sobre esto tiene un punto, un criterio y una experiencia diferente.

De acuerdo con Luque y Villagrán (2000 en Urchurtu y Echeberría, 2004), sólo en el caso poco probable de coincidir la sensación subjetiva de bienestar y la ausencia de signos manifiestos de alteraciones funcionales o estructurales puede hablarse de salud absoluta, por lo que es preferible utilizar el concepto de *salud relativa* como estado de equilibrio dinámico que incluye los estados transitorios de enfermedad.

Retomando un poco al concepto de anormalidad, durante todo este trabajo se ha hablado de que a pesar de que la filosofía fue el principal influyente para que la psicopatología llegara hasta donde está, la parte médica en este caso la psiquiatría, también ha sido clave y sería ilógico no plantear lo que se piensa sobre la anormalidad mental desde este punto de vista médico, además de que el servicio social se realizó en una institución psiquiátrica.

La psicopatología, según la psiquiatría, se puede definir como el estudio científico sistemático de la etiología, sintomatología y proceso de la conducta anormal, aunque con diversas precisiones. En el año de 1978, Tizón propone que si el objeto de la psicología es la conducta en tanto que observable (tomando en cuenta que en esas épocas la psicología conductual estaba tomando fuerza), la psicopatología (ciencia base de la psiquiatría) podría ser la disciplina psicológica dedicada al estudio científico de la conducta o el comportamiento trastornado o anómalo.

Hemsley en 1984, define la psicopatología como el intento de explicar los fenómenos de la conducta humana y animal teniendo como base los conceptos y teorías derivadas de la investigación científica que se tenía hasta el momento; y mientras Hemsley proponía ese concepto, dos años después, Million y Klerman proponen que la psicopatología puede ser utilizada para representar la ciencia de la conducta anormal y de los trastornos mentales.

Dicho lo anterior y al igual que los últimos autores mencionados, Lemos (2000) plantea que la psicopatología es una ciencia que estudia la conducta anormal y que tiene como base tres áreas específicas para poder crear o concretar un diagnóstico:

- a) La descripción y eventual clasificación de los comportamientos anormales.
- b) La explicación de los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento.
- c) La búsqueda de sus causas o factores etiológicos. En este punto, Lemos comenta que la psicopatología debe valerse de algunos procedimientos de la psicología científica y experimental.

Una definición de este tipo implica una caracterización de una disciplina básica y no aplicada. Sin embargo, sabemos que esta disciplina actualmente se nutre de información convergente de otras disciplinas científicas (psicología, neurología, genética, filosofía, etc.), en medida en que ninguna de estas ciencias aisladamente logra explicar satisfactoriamente la conducta anormal.

Dado lo anteriormente mencionado, no hay que confundir los objetivos principales de la psicopatología, la psiquiatría y la psicología clínica. Según Lemos, la psiquiatría puede entenderse como una práctica médica mientras que la psicopatología como una disciplina científica. Así, la psicopatología se ocupa de la descripción, evolución y etiología de los trastornos, mientras que la psiquiatría se encarga de trasladar estos conocimientos psicopatológicos a la práctica y asistencia clínicas.

Otra frontera confusa se crea entre la psicopatología y la psicología clínica, dado que ambas se centran en el estudio de la conducta anormal, pero en tanto que la psicología clínica suele centrarse en el tratamiento del sujeto individual, diagnóstico y estudio de la personalidad, la psicopatología se ocupa, más bien de la descripción general de las alteraciones y de la investigación de los mecanismos

causales. En general, la psicología aporta sus nociones con relación a la subjetividad, aprendizaje, procesamiento de la información y la cognición, así como la representación y los actos voluntarios a todas las manifestaciones llamadas conductuales.

Otro aspecto importante en el mundo de la psicopatología es el psicoanálisis, que si bien muchas personas creen que es obsoleto por el simple hecho de que no considera algunas cuestiones que constituyen el método científico como propio para hacer su práctica clínica. Por otro lado, la propuesta que del psicoanálisis de la psicopatología es muy interesante.

La teoría freudiana, si bien establece una manera inédita de pensar lo psíquico, construye una nosología que utiliza la terminología psiquiátrica clásica. El psicoanálisis muchas veces prolonga sus observaciones a favor de una coherencia clínica que se apoya en el desarrollo metapsicológico, y dicho desarrollo conceptualiza lo psíquico según sistemas, procesos y legalidades diferentes. Las ideas que propone Freud de inconsciente y represión marcan el reconocimiento radical que es constitutivo para el sujeto. De esto trata el psicoanálisis, por lo que no hay identidad para Freud entre psíquico y conciencia; no hay diferencia tajante entre normal y anormal. Así, el concepto de inconsciente funda la idea de una nueva determinación, lo que Lacan llama "la instancia de la letra en el inconsciente".

Para admitir un síntoma en la perspectiva psicopatológica psicoanalítica, el síntoma tiene un sentido, un motivo y un propósito, siendo sustituto de lo que Freud llamaría un "conflicto infantil" que parte de un "conflicto presente" el cual se tornó patológico. El campo, digamos, privilegiado del descubrimiento freudiano son los síntomas, las inhibiciones y la angustia, quienes constituirán las diversas patologías.

3. Características de los padecimientos

Durante el servicio social dado que se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se trabajó con personas que padecían un número variable de patologías mentales, por lo que en el presente apartado se describirán el diagnóstico clínico y diferencial, etiología y tratamiento de los trastornos que se trataron con mayor frecuencia en el hospital descritos desde un ámbito psicológico-psiquiátrico, siendo estos el *trastorno bipolar maniaco con síntomas psicóticos*, *esquizofrenia paranoide*, *trastorno de la inestabilidad emocional tipo límite* y *trastorno esquizoafectivo*.

3.1. Trastorno bipolar tipo maniaco con síntomas psicóticos

La denominación trastorno bipolar fue introducida por Karl Leonhard para diferenciarla de las depresiones (Colom, Martínez & Videta, 2004). La enfermedad afectiva bipolar, antes llamada enfermedad maniaco-depresiva, se encuentra clasificada en los trastornos del estado de ánimo y su principal característica es la aparición de episodios eufóricos o maniacos, seguida (por lo regular) de episodios depresivos; sin embargo, no todas las personas que sufren este trastorno son víctimas de los dos ciclos de la enfermedad completa. Una persona que sufre trastorno bipolar tendrá cambios bruscos y desproporcionados en el humor afectando principalmente sus sentimientos, pensamientos, afectos, comportamiento y salud física.

En la fase maniaca, que es en la que nos enfocaremos en este apartado del trabajo, observamos una exaltación en el estado de ánimo acompañada de una gran vitalidad, exceso de confianza, irritabilidad, hiperactividad, locuacidad y algunas veces como es el caso, síntomas psicóticos. Ante esto, no hay que confundir la *manía* con *hipomanía* dado que esta última es un grado menor a la primera. En la hipomanía se produce una exaltación leve y persistente del ánimo

la cual suele durar entre 1 y 3 días seguidos, además de tener síntomas similares a la manía pero menos severos y no se acompaña de alucinaciones o ideas delirantes.

En la fase depresiva la persona se ve invadida por apatía, ausencia de interés por todo, ansiedad, cansancio, poca fuerza de voluntad, tristeza, falta de apetito, melancolía y sensación de fracaso.

La bipolaridad se trata de una enfermedad crónica y aunque el paciente tiene periodos de recuperación, mejoría y estabilización, también atraviesa etapas de recaída. Por lo general, los elementos detonantes del trastorno sobrevienen a raíz de traumas psicológicos, situaciones sorprendentes en la vida de la persona que lo padece o acontecimientos estresantes.

Dado lo anteriormente dicho, tanto la manía como la depresión son respuestas exageradas al estrés, por lo que los hace más susceptibles a éste (López, 2005).

Los episodios maniacos comienzan la mayor parte del tiempo de manera brusca y prolongada, con un cambio del comportamiento producido por una exaltación del ánimo y de las funciones mentales, por lo que las emociones se hacen más intensas, se acelera el pensamiento, se reduce la necesidad de sueño (sin que se considere como insomnio), aumentan las necesidades sexuales del individuo y sus necesidades de relación con los demás.

Al inicio de esta fase maniaca, la persona bipolar puede percibirlo como algo agradable ya que se sienten mucho más enérgicos, creativos, con mucha facilidad para establecer relaciones de cualquier tipo, así como un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental (su forma de caminar, de vestir y su manera de expresión verbal). Sin embargo, la falta de conciencia de enfermedad por parte de la persona es uno de los principales problemas que se presentan en

esta fase de la bipolaridad, por lo que el paciente refiere sentirse excelente y que no necesita medicamento.

Conforme avanza el tiempo de presencia de la enfermedad en una persona, encontramos otro tipo de características más acentuadas como por ejemplo: se sobrevaloran las capacidades propias, exaltación de las emociones, promiscuidad sexual, cambia su orden de prioridades bruscamente, aumento de la actividad psicomotora; también encontramos una continua planificación de citas o encuentros, fluidez en el pensamiento (mayor cantidad de pensamientos pero no tan coherentes), compra compulsiva de artículos superfluos y cambios radicales en su lugar de residencia.

Se habla de delirios o síntomas psicóticos en un individuo bipolar maniaco cuando los pensamientos suelen ser megalómanos o grandilocuentes ya que en ese momento, la persona posee un alto concepto de sí mismo. Las ideas de grandeza llegan a ser de tal magnitud que se toman delirantes, esto quiere decir que choca con la lógica racional y puede ser refutable con cierto tipo de argumentos (López, 2005). En otros casos extremos, algunos pacientes presentan fugas de la realidad con contenido divino, que poseen poderes sobrehumanos o que vienen de otros planetas.

Sin embargo, según Gitlin & Miklowitz (2014) los pensamientos de grandiosidad y la exaltación de emociones no siempre se presentan en la manía, ya que por lo menos en un 70% de estos pacientes su estado de ánimo se caracteriza mayormente por irritabilidad que por euforia, aunque ambos pueden estar presentes. Otra característica importante de los pacientes con bipolaridad maniaca es la aversión hacia sus seres queridos y querer retomar antiguas relaciones perdidas, siendo sus causas, variadas.

Como se ha venido mencionando, los síntomas maniacos interfieren gravemente en el funcionamiento cotidiano de la persona, sobre todo cuando presenta

síntomas psicóticos. Los episodios de manía deben estar presentes por lo menos una semana, aunque la duración promedio de un episodio maniaco (sin tratamiento) puede ser de 3 meses (Gitlin & Miklowitz, 2014). También se sabe que el primer episodio puede presentarse a cualquier edad, que abarca desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variadas, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Según el DSM V (APA, 2013) para poder diagnosticar a alguien con bipolaridad maníaca con síntomas psicóticos, el cual entra en el apartado de trastorno Bipolar Tipo I debemos tener en cuenta ciertas características básicas de diagnóstico:

a) Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

b) Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distrabilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácil hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

c) La alteración del ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o de los demás, o si hay síntomas psicóticos.

d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

En cuanto a su diagnóstico diferencial debemos enfocarnos primeramente en los cuadros producidos por enfermedades médicas o consumo de sustancias ya que en todos los casos, el antecedente de cualquiera de estos dos debe hacer sospechar el diagnóstico. Sin embargo también debemos apoyarnos en la ausencia de historia previa del trastorno, probable ausencia de antecedentes familiares y curso clínico ulterior (Goodwin & Jamison, 2007 en Vallejo, 2011). En segundo lugar, también se deben tener en cuenta otras enfermedades psiquiátricas graves para hacer el diagnóstico diferencial, entre las que destacan la *esquizofrenia*, los *trastornos esquizoafectivos* o los *afectivos unipolares*; aunque la esquizofrenia y los unipolares se suelen confundir más con el *trastorno bipolar depresivo* que con el *maniaco con síntomas psicóticos*.

Ninguna causa única puede explicar el tercer trastorno del estado de ánimo más frecuente en el mundo, pero es sabido que existe una combinación de factores biológicos, genéticos, familiares y ambientales que parecen desencadenar esta compleja enfermedad de las emociones. La carga hereditaria que conlleva este trastorno se ha postulado como algo prácticamente evidente, sin embargo, el trastorno bipolar se llega a precipitar por la influencia de diversos factores externos. También existen evidencias, aunque menores, de que la enfermedad se

debe a factores meramente externos o de tipo orgánico, que es lo que iremos describiendo a continuación.

Según Vieta (en López, 2005) el trastorno bipolar consiste en un mal funcionamiento de los mecanismos bioquímicos que regulan el estado de ánimo, los cuales tienen su sede en el sistema límbico y se fundamenta en dos principios: su propia constitución, determinada por factores hereditario y la influencia de variables ambientales, por lo tanto, quienes poseen un sistema límbico más vulnerable pueden manifestar la enfermedad, sobre todo si llegan a producirse las condiciones ambientales oportunas que la precipiten.

Se ha encontrado que entre las personas con trastorno bipolar existe un desequilibrio adrenérgico-colinérgico, por lo que en los pacientes maniacos existe una elevación de los niveles de dopamina y noradrenalina. La disminución intraneuronal de sodio entra en las posibles causas de los episodios maniacos, ya que conduce a un estado de hiperexcitabilidad neurofisiológica. También se han encontrado alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo, por lo que los trastornos afectivos parecen estar relacionados con alteraciones hormonales. Ante lo dicho anteriormente podemos decir que estos pacientes son muy sensibles al estrés, ya que no existe la regulación necesaria para la sobreproducción de neurotransmisores.

Las técnicas de diagnóstico por imagen han revelado diferencias en el cerebro de los bipolares. Al parecer, existe una menor activación en la región del córtex prefrontal ventral así como una disminución del volumen de la amígdala izquierda y un alargamiento del tercer ventrículo.

Como ya se ha venido mencionando los factores genéticos juegan un papel decisivo en el 60% de los casos de trastorno bipolar y aunque los avances tecnológicos nos han hecho hallar los posibles errores genéticos en algunos

cromosomas, estos resultados aún no son consistentes ni existe una localización definitiva de los genes candidatos.

Los antecedentes familiares y las causas ambientales son muy importantes y no se deben dejar de lado, ya que si uno o ambos progenitores tienen esta enfermedad existe el 27% de probabilidad de que uno de sus hijos la padezca y se eleva del 50-75% con la segunda opción, mientras que el riesgo de padecer esta enfermedad entre hermanos es del 19%. No hay que olvidar que también existe de un 20-40% de probabilidad de presentar otros trastornos afectivos.

Las causas fisiológicas y orgánicas son importantes, sin embargo, los factores medioambientales actúan como detonantes de la enfermedad. Según López (2005) existen épocas del año en que los bipolares tienen más probabilidades de recaer. Los factores psicológicos como un revuelo emocional, un despido laboral o una ruptura emocional también son detonantes de un cuadro depresivo o maniaco, dependiendo de la situación. En cuanto a los factores sociales nos encontramos desde un traslado de país o ciudad hasta un cambio de cultura. Igualmente se piensa que situaciones como la falta de soporte socio-familiar, pobreza y también un nivel sociocultural medio-alto predisponen a una persona de padecer episodios depresivos en el primer caso y maníacos en el segundo.

En el tratamiento de esta patología son fundamentales dos fases importantes: el tratamiento agudo (véase *Tabla 2*) y el tratamiento de mantenimiento, por lo que no hay que desvincular un tratamiento de otro. Hay que recordar que esta enfermedad es un proceso longitudinal, no una crisis pasajera.

Tabla 2. Fármacos mayormente recetados en la fase aguda y con mejores resultados de eficacia en pacientes con trastorno bipolar maniaco.

Fármaco	Características
Litio	Tratamiento tradicional; fármaco de acción lenta, por lo que no contiene la exagerada psicomotricidad del paciente durante las primeras semanas, así que es necesario añadir antipsicóticos. Si se opta por añadir un neuroléptico, los niveles de litio deberán ser menores a los establecidos normalmente.
Fármacos antipsicóticos o neurolépticos	Existen dos tipos, los <i>convencionales</i> y los <i>atípicos</i> . Estos últimos han sido estudiados en las últimas décadas y se ha observado una mayor eficacia en el control de síntomas maniacos que los convencionales. Los efectos secundarios se muestran mayormente benignos así como menor riesgo de inducción a la sintomatología depresiva.
Haloperidol (neuroléptico Convencional)	Administrarse en dosis bajas/moderadas y durante el menor tiempo posible, dado el riesgo de presentar depresión.
Benzodiacepinas (con acción anti-maniaca)	Clonazepam, recetado para el tratamiento de la agitación e insomnio en estos pacientes.
Carbamazepina y ácido valproico	El primero presenta una eficacia comparable a la de los neurolépticos pero no superior a la del litio, por lo que algunos autores recomiendan añadirla a este en pacientes maniacos con respuesta parcial al mismo. Así mismo, la carbamazepina y el ácido valproico presentan mayor eficacia en pacientes con manía disfórica, múltiples ciclos bipolares, ciclación rápida y pacientes cuya enfermedad haya sido desencadenada por una causa orgánica.
Otros antipsicóticos	La clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y el aripiprazol son nuevas fórmulas con propiedades antipsicóticas que al parecer presentan importantes ventajas en la manía, en comparación con los neurolépticos clásicos.

Fuente: Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 7a. edición. (2011) (pp. 269-272). □

El tratamiento de este trastorno es fundamentalmente farmacológico pero también debe acompañarse de información necesaria acerca de esta patología, así como la importancia del cumplimiento del tratamiento. A pesar de que se han ensayado algunos enfoques psicoterapéuticos en pacientes maniacos y ninguno produce la eficacia que se tiene con el tratamiento farmacológico, es necesario que se lleven a cabo las intervenciones de tipo psicoeducativo tanto en el tratamiento agudo como en el de mantenimiento. Este tipo de intervenciones se han realizado en pacientes bipolares y sus familiares, reduciendo de manera eficaz las recaídas en 2-5 años (Colom y cols., 2009 en Vallejo, 2011) teniendo en cuenta varios aspectos clínicos (véase *Tabla 3*).

Tabla 3. Objetivos del enfoque psicoeducativo para familiares y pacientes con trastorno bipolar.

Objetivos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la conciencia de enfermedad 2. Desestigmatización 3. Mejorar el cumplimiento de la medicación 4. Mejorar el apoyo social y familiar 5. Evitar el consumo de drogas 6. Fomentar el reconocimiento precoz de síntomas de recaída 7. Prevención de complicaciones de la enfermedad (suicidio, rupturas afectivas, problemas laborales, etc.) 8. Manejo y prevención de estrés 9. Adecuación del estilo de vida

Fuente: de Colom y cols., 1998 en Vallejo, 2011 (pp. 273).

Generalmente, el tratamiento de la manía se hace bajo el régimen hospitalario, ya que el estado patológico del paciente es incompatible con un comportamiento apropiado, por lo que en algunos casos es necesario el internamiento involuntario de la persona. El abordaje del paciente es un tanto difícil de tratar en las primeras horas de ingreso al hospital y en el consultorio, por lo que hay que presentarse comprensivo, evitar confortamientos y adoptar una posición firme sin caer en lo autoritario.

Y así como el tratamiento agudo es importante, el tratamiento de mantenimiento es igual de fundamental. Según Vallejo (2011) no existe consenso respecto a cuánto debe prolongarse en pacientes con un sólo episodio maniaco, por lo que es necesario tener en cuenta varios factores.

Uno de los grandes problemas por los que un paciente discontinúa el tratamiento, es debido a que se comienzan a sentir mejor, sin embargo, son los que tienen mayor probabilidad de recaída y un alto índice de mortalidad. Esto también aparece por una falta de conciencia de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento (Colom y cols., 1998 en Vallejo, 2011). Según Mahli et al. (2009) para que esto no suceda es importante establecer lo que llaman una asociación de colaboración continuada, refiriéndose a que exista una alianza terapéutica sólida y una estrategia de colaboración paciente-familiares para que el tratamiento sea exitoso. En cuanto a las estrategias terapéuticas de mantenimiento que se pueden llevar a cabo en estos pacientes maniacos, según Mahli et al. (2009) es bueno hacer una nueva valoración clínica así como llevar a cabo otras terapias como la TEC, en pacientes con manía considerada grave (véase Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento de mantenimiento

Manejo clínico y estrategias terapéuticas
Manejo clínico
<ol style="list-style-type: none">1. Revisar adherencia y dosis2. Reevaluar el diagnóstico3. Reevaluar las comorbilidades
Una vez hecho lo anterior, las estrategias terapéuticas que se recomiendan son las siguientes:
<ol style="list-style-type: none">4. Optimizar el agente antimaniaco: comprobar niveles, ajustar dosis y/o5. Aumentar y/o combinar con otro agente antimaniaco. Cuando existe una respuesta inadecuada a la monoterapia, se usa a menudo la terapia de combinación. Las combinaciones ensayadas son:<ul style="list-style-type: none">- Litio + valproato (nivel II)- Litio y carbamazepina (nivel II)- Clozapina o risperidona (nivel III)6. Sustituir el agente antimaniaco y/o7. TEC (nivel III), considerando si la gravedad es alta o existe un riesgo importante.

Fuente: Mahli, G. (et al.) (2009) (pp. 35).

3.2. Trastorno de la inestabilidad emocional tipo límite (borderline)

El diagnóstico de la inestabilidad emocional tipo límite tuvo que surgir y ser reconocido por los profesionales de la salud debido a que los pacientes creaban cierto tipo de conflicto en ellos, debido a que su comportamiento era muy peculiar y no coincidía con ningún otro diagnóstico; ahora, probablemente, es uno de los trastornos de la personalidad con mayor número de veces diagnosticadas. Las personas diagnosticadas con TLP son pacientes con un sentido inestable del yo originado, para algunos, por la presencia en la base de separación-individuación del desarrollo infantil; aunque actualmente se considera que hay un amplio espectro de aspectos etiológicos (Koldobsky, 2005).

En el año de 1980 después de arduas investigaciones por autores varios además de distintas controversias, el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad entró en el sistema de clasificación oficial DSM-III. Posteriormente llegaron el DSM-IV y el DSM-V los cuales mejoraron y agregaron características a este trastorno, por lo que actualmente el TLP *“es conocido como un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada”* (APA, 2013). A continuación se describirán, considerablemente, las conductas mayormente presentadas en personas con TLP.

Uno de los criterios básicos de este trastorno son las *relaciones interpersonales intensas e inestables*. Una persona con TLP es incapaz de relacionarse con las personas significativas de su entorno sin idealizarlas, además de necesitar a los demás de forma desesperada y a la vez sentir la necesidad de evitar este contacto íntimo para evitar un mayor daño emocional. Otro criterio base es la *impulsividad*, ya que tienen conductas autolesivas, agresivas o tienden a presentar abuso de sustancias, además de que con frecuencia sustituyen un patrón impulsivo por otro. La *inestabilidad afectiva* también está dentro de los criterios más destacados y

esenciales en la psicopatología límite debido a sus intensas reacciones emocionales así como la precipitación de sus cambios afectivos, caracterizándolos como más reactivos y menos autónomos. Otra característica del TLP es la *ira*, la cual implica una agresividad excesiva y tal vez sea la posible explicación, junto con la impulsividad, a las conductas autodestructivas. Los pacientes límites dicen ser conscientes de experimentar la ira gran parte del tiempo, aunque rara vez la expresen verbalmente. En cuanto a las *conductas suicidas o autodestructivas* a pesar de encontrarse en muchos casos de diagnóstico de esta enfermedad no siempre está presente, sin embargo, los intentos o amenazas de suicidio son recurrentes y muchas veces la presencia de estos comportamientos ayuda a la identificación de un paciente límite de un paciente depresivo o con algún trastorno de ansiedad. Los *sentimientos de vacío* también son muy frecuentes, ya que llegan a tener la sensación de que algo les falta. El *miedo al abandono o intolerancia a la soledad* también es muy frecuente en estos pacientes. Su temor a ser abandonados es tan inconsciente, que acostumbran responder a este miedo mediante *acting out* o distorsionando la realidad; de esta manera, la *pérdida de juicio de la realidad* que tipifica a estas personas incluyen despersonalización, fenómenos alucinatorios o ideaciones paranoides, por lo que algunos autores interpretan esto como secuelas de negligencia o abusos en la infancia. Como señala Aznárez (2013) *“que creamos no recordar no significa que no recordemos; que no podamos acceder conscientemente a la información almacenada no implica que no exista, sino que lo que se está activando es la memoria implícita”* (en Fernández, 2014). La soledad también suelen atenuarla mediante la búsqueda de una persona que cuide de ellos. Por otro lado, cuando la persona que presenta TLP siente que la cuidan y la apoyan suele mostrarse abatido o abandonado pero, esto no es todo, ya que cuando el paciente límite se enfrenta con la posible pérdida de la persona que le cuida se hacen manifiestos distintos fenómenos clínicos que se relacionan con su marcada intolerancia a la soledad, como comportamientos de autodevaluación y autolesivos, acompañados de una inesperada brusquedad e intensidad.

No todo es tan malo en los pacientes con trastorno límite, ya que habitualmente funcionan social y laboralmente bien a menos que su medio ambiente se desestructure o se vea rodeado de estrés, ya que esto es lo que origina en ellos una ruptura transitoria del sentido de realidad.

En resumen, los pacientes límite son muy intensos, insistentes y su manera de comunicar sus deseos a los demás es demasiado dramática, además de que la mayor parte del tiempo se sienten desvalorizados, enfadados, solos e incomprensidos, sufriendo mayoritariamente por sentirse abandonados, traicionados, fuera de control, son demasiado susceptibles al estrés y casi siempre se sienten con deseos de hacerse daño.

Como ya se ha mencionado, el TLP se caracteriza por una pauta generalizada de inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo que hace ingobernable la vida psíquica y la conducta, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. (Vallejo, 2011).

Según el DSM V (APA, 2013) los criterios para diagnosticar a una persona con Trastorno Límite de la Personalidad, deben de presentar por lo menos cinco de los siguientes criterios:

- a) Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas).
- b) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- c) Alteración de identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

- d) Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, irresponsabilidad al conducir, atracones alimenticios (no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas).
- e) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- f) Reactividad intensa del ánimo que causa gran inestabilidad (cambios del estado de ánimo de ansiedad intensa, depresión o irritabilidad que duran horas o pocos días).
- g) Ira descontrolada o inapropiada e intensa que se manifiesta por cuadros temperamentales frecuentes, peleas físicas repetidas o sensación constante de enojo.
- h) Ideas paranoides breves o síntomas disociativos intensos en situaciones de estrés.

Según Morrison (2008) existe un gran número de patologías que se pueden confundir con el presente expuesto, pero hay una escasez de documentación de la relación del TLP con otros trastornos (Fernández, 2014) por lo que se debe tener extremo cuidado al dar como determinado un diagnóstico.

Cuando se encuentre un paciente con los síntomas descritos anteriormente, debemos tener en cuenta el *trastorno depresivo mayor* o *trastorno distímico*, ya que se pueden llegar a confundir con los del TLP; de forma similar, se debe establecer si la inestabilidad afectiva no se debe a un *trastorno ciclotímico*. Los *episodios psicóticos* que pueden llegar a presentar estos pacientes con TLP suelen ser breves y están relacionados con el estrés por lo que se resuelven de forma espontánea, así que hay que ser precavidos y no confundir esta patología con *esquizofrenia* o algún *trastorno psicótico breve*. El uso inadecuado de sustancias puede inducir a conductas suicidas, inestabilidad del estado de ánimo y aumentar la impulsividad, por lo que también hay que tener cuidado con los *trastornos relacionados con uso de sustancias*. Los *trastornos somáticos* se encuentran altamente relacionados con el TLP como consecuencia de su estilo de

vida impulsivo sin embargo, Fernández (2014) propone que aquellas alteraciones físicas que nos hablen de un miedo al abandono y la necesidad de mantener cerca a una persona significativa, posiblemente hablaría de una persona límite. Por otro lado, el TLP también se puede llegar a confundir con algunos otros trastornos de la personalidad como el *trastorno histriónico de la personalidad*, el *trastorno narcisista de la personalidad* o el *trastorno antisocial de la personalidad*.

Como ya se había mencionado el psicoanálisis fue la primer vertiente en indagar en los aspectos etiológicos de este trastorno, enfatizando en la influencia que existía entre la relación padre-hijo a temprana edad, por lo que estas propuestas fueron exploradas y modificadas gracias a exhaustivas investigaciones de seguimiento en personas con sintomatología límite. Estas indagaciones fueron aceptadas, sobre todo las teorías del apego, ya que que hablaban de que existía un nulo reconocimiento por parte de los padres (o cuidadores primarios) en estas personas cuando eran pequeños, por lo que generaron un apego inseguro además de adoptar como propias estas respuestas rechazantes por parte de sus cuidadores (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008 en APA, 2014). En estas investigaciones también se encontraron, de manera considerable, traumas de abandono a temprana edad, abuso psicológico y sexual. Según Bender y Skodol (2007 en APA, 2014) la falta de apego y confianza por parte de los cuidadores durante el desarrollo de estos pacientes, es una de las principales causas de su inestabilidad emocional y con los demás.

En estudios genéticos realizados con gemelos, se encontró evidencia de un 69% de rasgos de TLP por lo que actualmente se sigue indagando en las contribuciones de la genética en este trastorno de la personalidad. En 1998, Livesley et al. (en APA, 2014) encontraron un 50% de probabilidad hereditaria en rasgos límite como labilidad afectiva y apego inseguro a edades tempranas y comportamiento disociativo y emociones irregulares en otras épocas del desarrollo.

En cuanto a la neuroquímica cerebral de estas personas existe evidencia de disfunción serotoninérgica, por lo que explicaría los rasgos impulsivos del trastorno. Por otra parte, gracias a estudios de neuroimagen se ha visto una reducción en el volumen del lóbulo frontal y orbitofrontal, una alteración en la región prefrontal del cerebro y una falla en la activación de estas regiones cuando la persona se encuentra bajo estrés. Otros estudios han mostrado una sobreactuación en la amígdala (recordemos que la función principal de esta estructura cerebral es la regulación emocional) sin embargo, aún no se sabe con exactitud si las disfunciones biológicas son debidas a factores pre-post natales, genética, por eventos diversos en la infancia de la persona o si son consecuencia de la enfermedad (Lieb et al. 2004 en APA, 2014).

Los profesionales de la salud mental que trabajan con personas límite enfrentan muchos desafíos en cuanto al tratamiento de esta patología. Este tipo de pacientes utilizan mucho la atención psiquiátrica interna, externa, hospital parcial, psicoterapias, terapias cognitivo-conductuales y tratamiento psicofarmacológico, aunque en este último campo aún queda mucho por investigar, ya que aunque los beneficios aún son confusos se ha fomentado una variedad farmacéutica con desafortunados efectos secundarios (APA, 2014).

El tratamiento de los pacientes con TLP requiere de un buen manejo de caso debido a las características tan difíciles expuestas en el apartado pasado, por lo que la persona encargada debe contar con habilidades específicas como manejo de amenazas autolesivas y suicidas así como poder llevar a cabo una intervención psicoeducativa de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, tanto en los pacientes como las personas encargadas de la persona.

Dado lo anteriormente expuesto, es importante establecer un marco de tratamiento específico, ya que al hacerlo, se analizan las metas del mismo así como las funciones que se deben desempeñar tanto del lado del paciente como del terapeuta. Como ya vimos, una de las características esenciales de estas

personas límite es que sus relaciones interpersonales siempre fracasan, por lo que una de las metas explícitas del tratamiento es que exponga sus sentimientos internos, sus problemas de funcionamiento y su comportamiento anticipado, mientras que el profesional de la salud mental debe esforzarse en comprender y ofrecer retroalimentación empática al paciente.

En cuanto a las terapias que se ofrecen a este tipo de personas con trastorno límite de la personalidad, aún existen controversias sobre si deben enfocarse más en métodos de confrontación o de apoyo (Uribe, 2011). Algunos psicólogos integran técnicas cognitivo-conductuales para reducir la frecuencia de acciones autodestructivas, intentando que la capacidad del paciente para manejar sus emociones como la ira y la dependencia mejore. Hay terapeutas que utilizan terapia psicoanalítica específica, la cual ha tenido evidencia clínica de cambios en estos pacientes, mejorando su habilidad de comprensión mental y conductual; también se han encontrado mejorías con la terapia de grupo y la psicoterapia (véase *Tabla 5*).

Tabla 5. Intervenciones terapéuticas efectivas en pacientes con TLP.

Tipo de terapia	Nombre de la terapia	Características principales
	Terapia basada en la mentalización (Bateman & Fonagy)	Entrenar al paciente para lograr un mejor conocimiento de sí mismo y de los demás; manejar impulsos, emociones y sus relaciones interpersonales.



Psicoanalítica-psicodinámica

Psicoterapia centrada en la transferencia (Clarkin et al.)

Utiliza intervenciones psicoanalíticas tradicionales, dirigidas a la contención y análisis de la separación, ante el temor del abandono. Aborda conflictos, emociones y conductas desviadas de estas distorsiones y errores.

Terapia conductual dialéctica (Marsha Linehan et al., 2006)

Acudir a sesiones individuales y grupales para reducir los comportamientos autolesivos y el número de hospitalizaciones.

Cognitivo-conductual

Terapia cognitiva de Beck

Pretende entrenar a los pacientes límite para que aprendan a identificar los esquemas cognitivos erróneos de sí mismos y de los demás para posteriormente, ajustarlos a la realidad

Terapia centrada en esquemas de Young

Se centra en identificar y modificar los esquemas desadaptativos tempranos, como la vergüenza, aislamiento social, soledad, dependencia, incompetencia e inestabilidad.

Terapia cognitivo-conductual dinámica de Turner

Se centra primordialmente en los componentes impulsivos de ira del TLP, integrando estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente, además de interpretar los conflictos y modificar las distorsiones cognitivas.

Terapia cognitivo-conductual dinámica de Turner

Se centra primordialmente en los componentes impulsivos de ira del TLP, integrando estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente, además de interpretar los conflictos y modificar las distorsiones cognitivas.

Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos

Se han utilizado para las distorsiones perceptivas, el control de ira y la hostilidad.

Antidepresivos

Para mejorar el estado de ánimo, especialmente la disforia y los cambios de humor, utilizando fármacos inhibidores de la receptación de serotonina como fluoxetina, sertralina y paroxetina.

Fuentes: American Psychiatric Publishing (2014) (pp.882).

Uribe Chávez, C. (2011) (pp. 74-81).

Cuevas, C. y López, A. (2012) (pp. 99-101).

3.3. Esquizofrenia paranoide

Antes de comenzar a describir este apartado es importante mencionar que las ideas paranoides suelen aparecer en todos los seres humanos con más frecuencia de lo que nos imaginamos, ya que puede estar relacionado con la capacidad del hombre de anticiparse a la hostilidad derivada de los demás, lo cual puede resultar adaptativo en algunas ocasiones, pero su persistencia e intensidad acaban siendo desadaptativas (Vallejo, 2011).

En 1964, Marconi describió tres tipos de psicosis: las oneiriformes, las afectivas y las cognitivas y desde entonces se tenía una idea acertada sobre esta enfermedad mental. En la psicosis cognitiva, describe Marconi, que los pacientes suelen ser más analíticos, intelectuales, racionales, conceptuales y funcionan en concordancia con la experiencia. En este tipo de psicosis describía dos tipos: las unitarias y las escindidas y es en las unitarias donde Marconi postulaba la psicosis paranoide, dado que el conjunto total de juicios sobre determinados estímulos sufre una mutación, ya que culminan en el delirio, pseudopercepciones y disgregación del pensamiento. Según González (2013) estas personas nunca dudan sobre la insuficiencia de sus criterios para configurar la prueba de realidad. Actualmente, la esquizofrenia paranoide es conocida como la forma clínica que posee la presentación más tardía de la esquizofrenia caracterizada por cuadros alucinatorios, siendo su temática más habitual la autorreferencial así como ideas delirantes de tipo místico-religioso, megalómanas, de persecución, somáticas, de

celotipia y de tipo nihilista. Estas ideas delirantes pueden ser múltiples pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente, utilizando elementos reales extraídos de hechos o situaciones que se han producido, por lo que para ellos es imposible separar lo real de lo irreal.

Dado lo anterior, hablamos de que los síntomas positivos son más frecuentes en este trastorno que los síntomas negativos.

En cuanto a las actividades que llevan a cabo los pacientes, muchas veces parecen tener alguna relación con sus delirios, por lo que generalmente llevan el sello de la singularidad e incompresibilidad.

También encontramos que estas ideas delirantes suelen estar acompañadas (aunque no siempre) de alucinaciones auditivas como susurros, exclamaciones, nombres simultáneos (que por lo regular suelen ser ofensas o groserías) o incluso sienten que las voces los controlan. Además de lo anterior, los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida (aunque no siempre), mientras que la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza junto con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

Otra característica importante que presentan las personas con esquizofrenia paranoide, es la disociación respecto a la realidad así como su desinterés y apatía respecto al mundo real. En este tipo de pacientes, su lenguaje no parece desorganizado ni su afectividad aplanada o inapropiada, a comparación por ejemplo de un paciente con otro tipo de esquizofrenia.

En la actualidad es muy complicado establecer un consenso en la definición de la esquizofrenia (Godoy et al., 2011 en Ortiz-Tallo, 2014) y tomando en cuenta que la esquizofrenia tiene varios subtipos (paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual) debido a los distintos cuadros clínicos que cada uno llega a presentar, es aun más difícil. Para describir las características diagnósticas

de este tipo de esquizofrenia, es imprescindible desarrollar primero las de la esquizofrenia y después las de la esquizofrenia paranoide, dado que esta última comparte aspectos de la primera.

Para que una persona sea diagnosticada como esquizofrénica debe presentar al menos dos síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado y síntomas negativos), ya que si sólo presenta una de estas es diagnosticado con algún otro trastorno psicótico. Así mismo, el tiempo necesario para el diagnóstico es de por lo menos 6 meses, debido a que los pacientes con una historia más breve de psicosis a menudo resultan tener alguna otra enfermedad. Por otro lado, la historia familiar del paciente, la respuesta a la medicación y la edad en que comienzan los rasgos psicóticos son puntos clave para el diagnóstico de esquizofrenia.

En un esfuerzo por lograr precisión, los criterios del DSM para la esquizofrenia se han vuelto más complicados a lo largo de los años por lo que se describirán los puntos básicos para su diagnóstico (DSM-V, 2013):

- a) Presencia de dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- b) Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo,

las relaciones interpersonales o el cuidado personal está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- c) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- d) Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- e) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- f) Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Como en algunos otros trastornos psicóticos cuando se hace un diagnóstico de esquizofrenia, es de suma importancia mencionar el curso de la enfermedad. Para ello se utilizan notas de codificación: *continua, episódica con síntomas residuales*

interepisódicos, episódicos sin síntomas residuales interepisódicos, episodio único en remisión parcial o episodio único en remisión total. Como se ha venido mencionando, puesto que la esquizofrenia es una enfermedad mental compleja, es imprescindible mencionar que muchos otros síntomas se encuentran a menudo en este tipo de pacientes, aun cuando no constituyan los criterios formales para el diagnóstico básico. Entre ellos están: disfunción cognoscitiva, disforia, ausencia de juicio de realidad, trastornos del sueño e incluso el suicidio (Morrison, 2008).

Como se ha mencionado, las personas diagnosticadas con esquizofrenia de tipo paranoide aparentan ser los más normales en el espectro esquizofrénico debido a que su aspecto físico y comportamiento aparentan no estar afectados a pesar, evidentemente, de sus ideas psicóticas. A comparación de las personas con otros tipos de esquizofrenia, los esquizoparanoides conservan considerablemente su funcionamiento social, escolar o laboral. En estos pacientes, la edad de comienzo de la enfermedad es relativamente tardía (35 años, aprox.), mientras que en otras esquizofrenias caen enfermos hacia los 20 años.

Los criterios básicos para diagnosticar este tipo de esquizofrenia, según el DSM-V (APA, 2013) son:

- a) El paciente cumple con los criterios básicos para esquizofrenia.
- b) El paciente se ve preocupado por ideas delirantes o frecuentes alucinaciones auditivas.
- c) Ninguno de los síntomas siguientes es prominente:
 1. Lenguaje desorganizado
 2. Comportamiento desorganizado
 3. Aplanamiento afectivo o afectividad inapropiada
 4. Comportamiento catatónico

Es importante distinguir la esquizofrenia y en este caso en particular la esquizofrenia paranoide de otro grupo de patologías mentales que pueden tener

algún síntoma en común, estando atentos a los criterios base para ser diagnosticada como tal. Uno de los más comunes y los cuales nos pueden dar pistas importantes serían los *trastornos médicos y neurológicos* ya que por lo regular presentan síntomas idénticos a los de la esquizofrenia, como la intoxicación por sustancias y el trastorno psicótico inducido por sustancias o las infecciones del SNC. Otro trastorno que es importante descartar es el *trastorno esquizoafectivo* por el simple hecho de que los síntomas del estado de ánimo aparecen al mismo tiempo que los de la esquizofrenia; los *trastornos delirantes* y los *trastornos de la personalidad* también deben ser tomados en cuenta, sobretodo el *trastorno esquizotípico, esquizoide, límite y paranoide de la personalidad*.

Sin embargo según Vallejo (2011) si de especial cuidado se trata, siempre hay que tener en cuenta la *personalidad paranoica* y el *delirio paranoico*. Para diferenciar la esquizofrenia paranoide del primero mencionado debemos valorar el grado de desestructuración de la personalidad, los síntomas disociativos, la sistematización, la lógica y variabilidad ya que si se encuentran en un grado, digamos elevado, se estaría hablando de esquizofrenia. En la reacción paranoide, la personalidad se halla conservada, hay aparentes elementos desencadenantes, el delirio se encuentra mayormente sistematizado, incluye argumentos lógicos y forma un conjunto estable. En cuanto al diagnóstico diferencial para el *delirio paranoico* encontramos que suele tener un inicio más tardío a comparación de la esquizofrenia paranoide además de que la persona suele tener una personalidad previa paranoica sin síntomas disociativos, no existe una desestructuración del yo ni deterioro; el delirio está bien sistematizado y hay una probable propagación social (*Foile à deux*), los temas son más bien pasionales, reivindicativos, persecutorios, de intervención y de grandeza, existe una cierta comprensibilidad del delirio la cual casi siempre intentan justificar u ocultar para aparentar que están sanos y es menos frecuente que la esquizofrenia.

Es sabido que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más complejas que existen. Si bien, todos los trastornos mentales tienen causas exógenas y endógenas, pero aún falta mucho por determinar en esta patología.

El modelo explicativo diátesis-estrés es el más aceptado actualmente para la etiología de la esquizofrenia (Ortiz-Tallo, 2014) proponiendo que entre los factores que predisponen a la esquizofrenia existe una vulnerabilidad biopsicológica del sujeto, mientras que la existencia de estresores socioambientales y ciertos factores protectores hacen aún más frágil a la persona, además de postular que todos tenemos un grado determinado de vulnerabilidad a la esquizofrenia el cual puede ser de origen genético o biológico. También hay evidencias que sustentan un exceso de eventos perjudiciales durante el periodo pre/perinatal, presencia de signos conductuales y neurocognitivos durante la infancia y la adolescencia, además de rasgos de personalidad bastante peculiares, por lo que estos resultados sugieren una alteración patogénica en el neurodesarrollo de estas personas. Según Sadock y Sadock (2011 en Ortiz-Tallo, 2014) no existe un único factor ya sea interno o externo que haga devenir esquizofrénico al sujeto surgiendo, entonces, una interacción de factores predisponentes y desencadenantes. Dado lo anterior, no podemos considerar como causal ningún factor aislado pero esto no significa que no podamos describir lo que hasta ahora se ha descubierto.

Los factores genéticos se consideran los responsables primarios de esta enfermedad, ya que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes mientras que en otras no, por lo que esto no es una condición ecuaníme para que se desarrolle esquizofrenia. Por ejemplo, en estudios que se han hecho con hijos adoptivos predispuestos a tener esquizofrenia, es mucho mayor el riesgo de presencia de esta enfermedad y lo mismo pasa en los estudios realizados con gemelos monocigóticos criados separados, mostrando la misma tasa de concordancia que los criados juntos.

En cuanto a los factores biológicos desde una perspectiva neuroquímica nos encontramos con la hipótesis, siendo la más aceptada hasta el momento, de que en estas personas existe un posible exceso de producción de dopamina localizado en la zona mesolímbica debido a una deficiencia de sus antagonistas ácido-gamma-amino butírico y acetilcolina, que permite su acumulación excesiva en la sinapsis o una hipersensibilidad de los receptores. Otras hipótesis bioquímicas están relacionadas con la fenil-etil-amina, cuyo exceso produciría una vulnerabilidad a la esquizofrenia. Lo mismo pasaría con neurotransmisores como la norepinefrina, ácido aminobutírico (GABA), serotonina, entre otros.

Existe una teoría llamada "la teoría infecciosa" la cual habla de un virus lento causal que se manifiesta a través de alteraciones neuropatológicas las cuales, delatan una infección previa de algunas personas con esquizofrenia. La mayor frecuencia de complicaciones perinatales y el carácter estacional de los datos de natalidad también respaldan una teoría infecciosa (Ortiz-Tallo, 2014).

En cuanto a los estudios anatómicos que se han hecho, la única anomalía establecida es el aumento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, además de las estructuras límbicas del lóbulo temporal y el tálamo. En estudios con resonancia magnética que se han elaborado, se aprecia una disminución del tamaño de las amígdalas y tálamo, menos volumen de la corteza prefrontal y temporal y anomalía en la conexión límbico-cortical.

La teoría psicoanalítica propone otras posibles causas que tienen que ver con el ámbito familiar y tienen su desarrollo en el lenguaje. Bateson (1956 en González, 2013) estudió los patrones de comunicación de las familias de pacientes esquizofrénicos y su relación con la psicopatología, encontrando un mensaje paradójico o con doble vínculo (mensajes contradictorios), el cual conforma el centro de lenguaje de este tipo de familias, por lo que este autor propone estudiar la organización familiar, es decir, la forma como la familia constituye y jerarquiza sus relaciones.

Como en los trastornos pasados, se debe empezar por planear el tratamiento general adecuado para las personas que padecen esquizofrenia, por lo que el Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente de España (2009 en Guía Práctica Clínica. Esquizofrenia, 2015) propone lo siguiente:

1. Involucrar en el plan de tratamiento al paciente y a la familia de manera activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas y de las intervenciones psicosociales apropiadas.
2. Evaluación de los síntomas y establecimiento de un diagnóstico.
3. Desarrollo de un plan de tratamiento adecuado.
4. Establecer una alianza terapéutica y estimulación para su cumplimiento.
5. Tratamiento de enfermedades comórbidas.
6. Circunstancias y funcionamiento sociales del paciente.
7. Documentación adecuada al tratamiento.

Para poder determinar el punto dos mencionado y antes de continuar con el resto del plan, es necesario tener en cuenta en qué fase o estado se encuentra el paciente: si es su primer episodio, si está en fase aguda, de estabilización o estable (Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental, 2009) (véase *Figura 1*).

Primer episodio. Es fundamental tratarlo, observando y documentando detalladamente los signos y síntomas, así como tratarlo con fármacos antipsicóticos atípicos en bajas dosis.

Fase aguda. Usar fármacos antipsicóticos teniendo en cuenta factores como efectos secundarios, necesidades clínicas, emocionales y sociales del paciente y realizar un seguimiento para valorar la respuesta al tratamiento.

Fase de estabilización. Si el paciente presenta mejoras en la fase aguda con un tratamiento es recomendable continuar y hacer un seguimiento de 6 meses, evaluando si es necesario ajustar, reducir o suspender el tratamiento utilizado.

Fase estable. Se recomienda seguir con los fármacos antipsicóticos ya que evitan las recaídas. También se recomiendan intervenciones psicosociales, un seguimiento de los signos y síntomas de posibles recaídas así como de los efectos secundarios. En caso de recaída, investigar los motivos de la misma y reiniciar la medicación oral.

Figura 1. Fases determinantes para establecer el tratamiento. *Fuente:* Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud (pp.20).

El tratamiento farmacológico fundamental para la esquizofrenia son los llamados antipsicóticos (ATP) los cuales actúan generalmente bloqueando los receptores dopaminérgicos postsinápticos. Recordemos que disponemos de dos grandes grupos de fármacos antipsicóticos: los atípicos y los clásicos. Los primeros tienen un mecanismo de acción más complejo y selectivo que los segundos, por lo que tienen un perfil de efectos secundarios más tolerable como *aumento de peso, sensación de vértigo, hipertensión postural, taquicardia, síntomas extrapiramidales leves*; a veces algunos pacientes también llegan a presentar *discinesia tardía, hiperglicemia o diabetes* (Guía Clínica de Esquizofrenia, 2015).

Por esa razón, los antipsicóticos atípicos son la primera opción de tratamiento farmacológico de la esquizofrenia (*véase Tabla 6*); sin embargo, aún se utilizan algunos de los ATP convencionales como el Haloperidol, Lovemepromazina, Sulpirida y Trifluoperazina, sin olvidar que fármacos antipsicóticos como los anteriormente mencionados tienen efectos secundarios fuertes en dosis altas.

Tabla 6. Antipsicóticos atípicos mayormente recetados a pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Fármaco	Características principales
Amisupride	Antagonista D2, D3 presináptico con eficacia sobre síntomas negativos (dosis bajas); antagonista D2 postsináptico con eficacia en síntomas positivos (dosis altas).
Aripiprazol	Agonista parcial con alta afinidad sobre receptores D2. Es agonista parcial 5HT1A, antagonista 5HT2A y modulador del sistema DA/5HT; eficaz en síntomas positivos, negativos y afectivos.
Clozapina	Actividad antagonista sobre receptores dopaminérgicos D1 y D2; sobre los receptores 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Se considera el ATP con menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales; también muestra eficacia en los síntomas positivos y negativos en pacientes resistentes al tratamiento con antipsicóticos de primera generación.
Olanzapina	Químicamente similar a la Clozapina, con acción sobre síntomas positivos y negativos.
Paliperidona	Es un metabolito activo de la Risperidona que bloquea los receptores serotoninérgicos 5HT2A, dopaminérgicos D2 y adrenérgicos.
Quetiapina	Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos; produce mejoría en función cognitiva, hostilidad y agresividad.
Risperidona	Actúa sobre síntomas positivos y negativos. También se usa en pacientes con resistencia a la Clozapina, presentando eficacia similar además de que fue mejor tolerada, presentando menor sedación e incremento de peso.
Ziprasidona	Se asocia a elevada eficacia sobre síntomas positivos y negativos, con mínimos efectos extrapiramidales y sobre la prolactina. Este fármaco no tiene interacciones con Litio, anticonceptivos orales, <u>Carbamezapina</u> , benzodiazepinas y antiácidos.

Fuente: Guía práctica de esquizofrenia (2015) (pp. 50-54).

También existen otro tipo de tratamientos adicionales para esta patología como los fármacos complementarios, como los *anticonvulsivantes*, *antidepresivos* (eficaces en los síntomas negativos de la esquizofrenia), las *benzodiacepinas* (sólo funcionan en conjunto con los antipsicóticos en la fase aguda), los *beta bloqueantes* (para la agresividad) y el *litio* (potencia el efecto antipsicótico y en conjunto con estos, mejoran los síntomas negativos). También la *terapia electroconvulsiva* en conjunto con antipsicóticos puede administrarse a los pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas psicóticos graves y que no responden a los fármacos ATP por sí solos, sin embargo, la TEC se recomienda principalmente a pacientes catatónicos.

Las intervenciones psicológicas hacen una integración completa de todo lo que rodea al sujeto, desde intervenciones familiares y psicoeducación hasta rehabilitaciones cognitivas (véase *Tabla 7*). De igual manera, de acuerdo a lo que se expresa en *Gula de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental* (2009) es bueno hacer estas intervenciones en función de la fase en la que se encuentre el paciente, ya sea durante la fase aguda, de estabilización o la estable (véase *figura 2*).

Tabla 7. Intervenciones psicológicas para pacientes con esquizofrenia

Tipo de intervención	Definición	Objetivos
Familiar	Son sesiones realizadas con el paciente y su familia o individualmente que incluye psicoeducación en detección de síntomas de alerta e intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas.	Aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el impacto en situaciones estresantes, mejorar la comunicación familia-paciente y viceversa, potenciar los recursos personales y familiares, reducir el riesgo de recaídas y hospitalizaciones, mejorar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, disminuir el estrés del cuidador.

TCC de síntomas positivos	En este tipo de terapia, el paciente establece relación de sus pensamientos, sentimientos y acciones con respecto a sus síntomas actuales o pasados. Se debe hacer un registro del progreso de lo anterior con respecto a sus síntomas.	Reducir la vulnerabilidad del paciente, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, disminuir el estrés y deterioro en las habilidades personales para minimizar los síntomas, reducir el riesgo de recaídas.
Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)	Es un tipo de intervención llevada a cabo grupal o individualmente, tratando de mejorar la competencia social reducción de estrés y ansiedad ante estas situaciones.	Mejorar la competencia social, reducir el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales, mejorar la comunicación y relaciones interpersonales, fomentar la autonomía personal.
Terapia psicodinámica	Se trabaja en sesiones regulares de terapia individual basadas en el modelo psicodinámico. No se recomienda en las primeras fases del tratamiento ya que puede empeorar el cuadro clínico.	Actividades exploratorias orientadas al insight y a la transferencia.
Motivacional	Ayuda a que los pacientes reproduzcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Según Miller y Rollnick (1999) está indicado para pacientes reincidentes o ambivalentes con el cambio.	Aumentar la motivación intrínseca del paciente fomentando el cambio por sí mismos, que impuesto del exterior.
Psicoeducación	Se lleva a cabo de manera individual o grupal, proporcionando información sobre la enfermedad desde una perspectiva multidimensional.	Educar al paciente sobre su entorno, mejorar el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, hacer frente a conductas problemáticas.
Rehabilitación cognitiva	Cualquier programa centrado en una o más funciones cognitivas específicas. Se recomienda no incluirla como tratamiento estándar.	Es preferible valorar su utilización en las unidades de rehabilitación en función de estudios más detallados sobre déficits cognitivos específicos.

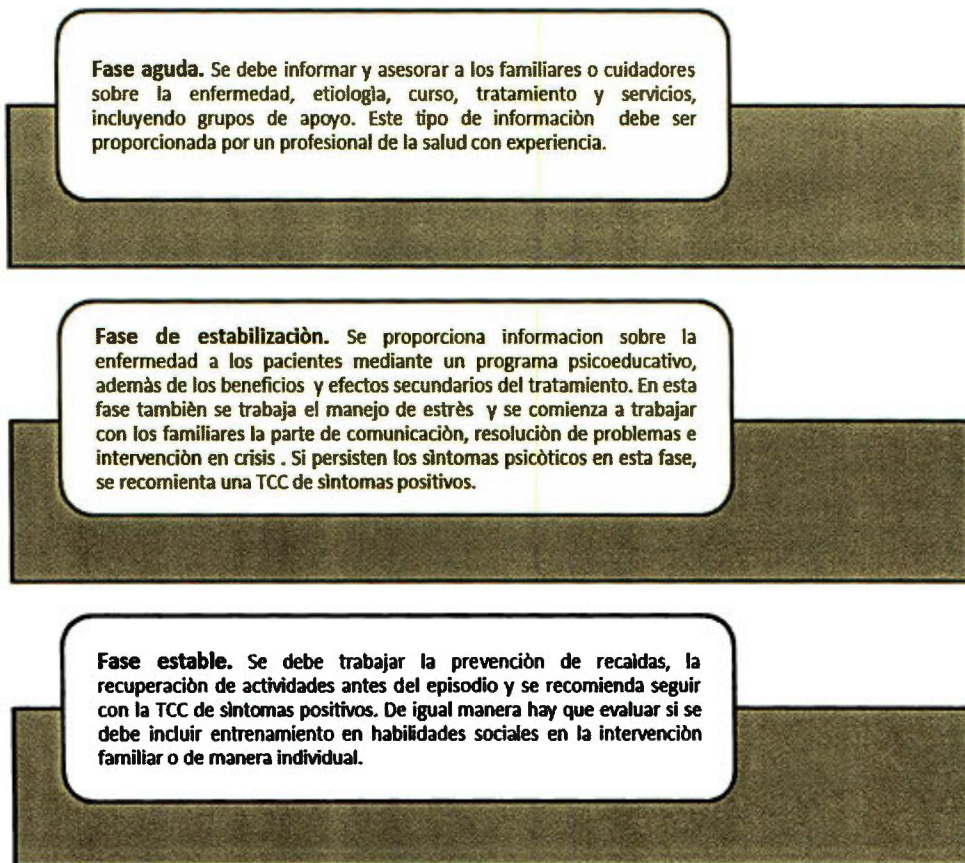


Figura 2. Fases determinantes para establecer el tratamiento psicológico. Fuente: Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud (pp. 39-42).

Como en todo tipo de intervención, es bueno establecer los objetivos de la misma. La *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental* propone una lista de objetivos que se pueden tomar en cuenta para llevar a cabo una buena intervención clínica psicológica:

1. Reducir la vulnerabilidad del paciente.
2. Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.
3. Aumentar la adherencia al tratamiento.
4. Disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas.

5. Reducir el riesgo de recaídas.
6. Mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.
7. Acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

Aunado a esto, como psicólogos no debemos olvidar que los fármacos son primordiales en este tipo de pacientes, por lo que la mayoría del tiempo se recomienda que las intervenciones psicológicas se hagan a la par del tratamiento médico o bien, que se lleven a cabo una vez que la fase aguda ha remitido.

3.4. Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo ha sido uno de los diagnósticos más controvertidos al compartir síntomas definitorios de esquizofrenia y de otros trastornos afectivos, por lo que ha sido un problema determinar si este trastorno es un subtipo de la esquizofrenia, de una enfermedad afectiva o una tercera psicosis; sin embargo, se han llevado a cabo investigaciones por autores varios las cuales han llegado a la conclusión de que el trastorno esquizoafectivo está mayormente inclinado hacia los trastornos del estado de ánimo que a la esquizofrenia (Marreros, 2015).

El concepto de trastorno esquizoafectivo surge a partir de pacientes aparentemente esquizofrénicos que presentan síntomas de la línea afectiva. Este tipo de individuos comienzan con una sintomatología sugestiva de esquizofrenia presentando después una evolución cíclica con predominio de los síntomas afectivos sin deterioro aparente, sin embargo, es una enfermedad que suele ser polifásica y se acompaña de un alto riesgo de suicidio.

Lo que caracteriza este trastorno es su gran variabilidad sintomática, ya que presenta síntomas característicos de la esquizofrenia como delirios paranoides, ideas de referencia, inclusión de pensamientos, alucinaciones auditivas e incluso algunos pacientes llegan a presentar ilusiones y alucinaciones visuales, olfativas y

cenestésicas. Respecto a los síntomas afectivos se refiere, pueden presentarse en forma de manía, depresión o mixto y siempre asociados a síntomas psicóticos, a lo que Welner *et al.* (1977 en Marneros, 2015) dirán que deben existir síntomas afectivos suficientes para hacer que el diagnóstico de esquizofrenia fuese poco probable. Vallejo (2011) describe que los pacientes esquizoafectivos con sintomatología mixta presentan cuadros maniformes con gran semiología delirante, lo que muchas veces acaba opacando el componente afectivo. Por lo regular, estos pacientes también carecen de la jovialidad, empatía, sociabilidad e ingenio, además de que es frecuente que presenten grados elevados de ansiedad, agitación y síntomas confusionales (Marneros y cols, 2004 en Vallejo, 2011). Por otro lado, parece ser que los pacientes esquizoafectivos depresivos muestran una mayor sintomatología relacionada con la inhibición psicomotriz (Cuesta y Peralta, 1995 en Vallejo, 2011) y al parecer también presentan una personalidad obsesivoide y vulnerabilidad a los acontecimientos estresantes (Gastó y Vallejo, 1992 en Vallejo, 2011).

Marconi (1964 en González, 2013) describió que en los pacientes con estructura psicótica afectiva hay una ausencia de modulación emocional por la intensidad inusual de la carga afectiva. Estos pacientes tienen mayor dificultad para establecer contactos interpersonales protectores, permaneciendo, la mayor parte del tiempo, aislados, solitarios y carecen de soporte familiar (González, 2013).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V, se menciona que las personas diagnosticadas como esquizoafectivas tienen algunos problemas en el funcionamiento laboral, contacto social y dificultades en el autocuidado, y aunque estas características entran en la clasificación de sintomatología negativa de la esquizofrenia, son menos persistentes que en esta última. De igual manera, en los pacientes esquizoafectivos existe ausencia de introspección (anosognosia) pero no tan grave como se presenta en la esquizofrenia.

Por otro lado, en las pautas de diagnóstico CIE 10 para esquizofrenia se señala: *"[...] Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de Esquizofrenia."* (CIE-10, OMS), a lo que Marneros (2015) señala que es importante diferenciar un "episodio esquizoafectivo" de un "trastorno esquizoafectivo", ya que el primero se definiría como la ocurrencia simultánea de síntomas esquizofrénicos y afectivos, y el segundo como un trastorno que contiene episodios esquizoafectivos o secuencialmente episodios afectivos y esquizofrénicos a lo largo de su evolución.

Existen discrepancias entre el diagnóstico que postulan el DSM-V y el CIE-10, ya que este último considera necesario que los síntomas afectivos y psicóticos vayan siempre juntos en un mismo episodio, mientras que el DSM dicta que debe haber en algún momento síntomas psicóticos sin síntomas afectivos intercalados, por lo que estas diferencias provocan que algunos pacientes reciban el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y otros de trastorno bipolar.

Como ya se ha mencionado, este trastorno aún no se sitúa de manera formal en trastornos del estado de ánimo ni en esquizofrenia, sin embargo, para poder diagnosticar a alguien con trastorno esquizoafectivo según la APA, 2013 debe existir lo siguiente:

- a) Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.

- b) Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

- c) Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.
- d) El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) u otra afección médica.

Su diagnóstico diferencial debe establecerse con cuadros de *etiología orgánica* y con sus dos primos hermanos: la *esquizofrenia* y los *trastornos afectivos*. No está claro si el trastorno esquizoafectivo difiere de la esquizofrenia en cuanto a sus características asociadas como son las anomalías cerebrales estructurales o funcionales, los déficits cognitivos y los factores genéticos, ya que no hay pruebas ni medidas biológicas que puedan ayudar a diferenciar uno de otro. Los principales síntomas que nos deben alertar de un trastorno esquizoafectivo en una persona aparentemente esquizofrénica, son los síntomas maniformes o mixtos y, en el caso de que existan sintomatologías depresivas, el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia se complica. El funcionamiento laboral en una persona con trastorno esquizoafectivo a menudo se ve afectado, aunque de manera menor si se compara con el de un esquizofrénico. La restricción del contacto social y las dificultades con el autocuidado son de los síntomas negativos de la esquizofrenia que se pueden encontrar en los pacientes esquizoafectivos, aunque por lo regular, son menos graves y menos persistentes que los que aparecen en la esquizofrenia. Los individuos con trastorno esquizoafectivo pueden tener un riesgo mayor de desarrollar posteriormente episodios de *trastorno depresivo mayor* o *trastorno bipolar* si los síntomas del estado de ánimo se mantienen tras la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia, por lo que es importante indagar en la historia clínica previa del paciente. Como todo trastorno psicótico, la sintomatología esquizoafectiva también puede asociarse con *trastornos relacionados a sustancias*.

Debido a su espectro esquizofrénico y afectivo, este trastorno cuenta con una gran variabilidad de patologías que se deben considerar antes de dar un diagnóstico

final además de las anteriormente descritas, como el *trastorno psicótico debido a otra afección médica*, el *delirium*, el *trastorno neurocognitivo mayor*, otros *trastornos psicóticos* (breve, esquizofreniforme, delirante) y el *trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos*; el *trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos*, el *trastorno esquizotípico*, *esquizoide* y *paranoide de la personalidad* y otros *trastornos del espectro de la esquizofrenia*.

Como ya se mencionó, distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, depresivo o bipolar con síntomas psicóticos es complicado, sin embargo, el criterio C y el criterio B nos pueden ser muy útiles para salir de apuros: el primero mencionado está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, y el segundo para diferenciarlo de un trastorno depresivo o bipolar.

Como se ha venido mencionando, en cuanto al trastorno esquizoafectivo se refiere aún hay mucho que investigar, por lo que en las últimas décadas se han desarrollado diversos estudios donde se infiere un parecido genético entre la esquizofrenia (herencia, neurodesarrollo) y el trastorno bipolar, situando al trastorno esquizoafectivo en medio.

En estudios de historia familiar, de gemelos y de adopción con psicosis esquizoafectivas no apoyan que esta patología constituya una entidad genética independiente, debido a que en las familias de los pacientes con este tipo de patología se encuentran tanto trastorno bipolar como esquizofrenia y viceversa (Lermanda et al, 2013), además, los pacientes con trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo superior al de la población general de tener familiares de primer grado con algún trastorno afectivo, esquizoafectivo o esquizofrenia. La epidemiología genética apoya un fuerte componente genético para el trastorno esquizoafectivo con heredabilidad similar a la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pero en pacientes esquizoafectivos la relevancia de estos factores se ha considerado mayor que lo observado en trastorno bipolar I y II.

Por otro lado y en el ámbito neuroquímico, se han encontrado polimorfismos en genes de subunidades del receptor GABA-A, lo que al parecer tiene relación con el riesgo de desarrollar este tipo de cuadros psicótico-afectivos.

Como ya se ha explicado, este tipo de trastorno se puede llegar a presentar de tres formas: manía, la depresión y mixta, por lo que el tratamiento será parecido al del trastorno bipolar con síntomas psicóticos, teniendo, según Vallejo (2011) dos fases: la aguda y la de mantenimiento.

En la fase aguda de la *esquizomanía* se recomienda no dejar de administrar antipsicóticos junto con reguladores de humor, siendo más importante el ATP que el eutimizante. El tratamiento que se utiliza más es la combinación de un *antipsicótico atípico* como la clozapina junto con *carbonato de litio* o *valproato*, parecen útiles en estos pacientes (Zárate y cols., 2000 en Vallejo, 2011) aunque generalmente en este tipo de pacientes la respuesta al tratamiento es más lenta y menos satisfactoria que en la manía bipolar. También existen datos de eficacia a largo plazo con *olanzapina* la cual ha demostrado tener mejores resultados que el *haloperidol*. También se encuentran datos con medicamentos como *risperidona* (Vieta y cols., 2001 en Vallejo, 2011), *quetiapina* (Zárate y cols., 2000 en Vallejo, 2011), *ziprasidona* (Keck y cols., 2001) y *aripiprazol* (Potkin y cols., 2003). La *carbamazepina* también parece ser útil en esta indicación (Tohen y cols., 1994 en Vallejo, 2011) aunque parece inducir el metabolismo en estos pacientes, por lo que reduce su eficacia.

En la *depresión esquizoafectiva* encontramos que algunos de los fármacos que se utilizan en la depresión bipolar funcionan en este tipo de pacientes, es decir, con eutimizantes, antidepresivos y antipsicóticos aunque en muchos casos, los síntomas depresivos mejoran solamente con el tratamiento ATP. Entre los antipsicóticos con mejor respuesta, por el hecho de tener un perfil más antidepresivo, encontramos la *quetiapina*, aunque muchas veces no funciona bien para calmar los síntomas delirantes y alucinatorios. El *litio* y los *antiepilépticos*

parecen no ser útiles en estos pacientes, aunque la *lamotrigina* la cual es recetada a pacientes con epilepsia y trastorno bipolar, combinada con ATP parece tener ciertos resultados benéficos en este tipo de pacientes. Según Vallejo (2011) la TEC es la mejor opción de estos tratamientos, pero también refiere que los estudios son escasos.

En los pacientes que lleguen a presentar *trastorno esquizoafectivo mixto*, Vallejo (2011) hace especial énfasis en que se prescriba tratamiento *antipsicótico atípico* combinado con *ácido valproico* e incluso *carbamazepina*, tomando en cuenta, dependiendo de la sintomatología, *TEC*.

Como ya sabemos, el diagnóstico de esta enfermedad es un tanto complicado, por lo que establecer un tratamiento determinado llega a ser igual de complejo y más cuando se trata del tratamiento de mantenimiento, por lo que se recomienda que si la medicación en la fase aguda obtuvo buenos resultados, se continúe durante la segunda fase. El tratamiento debe ser contemplado a largo plazo, dada la gran tendencia a la cronicidad de este trastorno, por lo que Vallejo (2011) recomienda que este tipo de pacientes esquizoafectivos bipolares (o mixtos) deben ser tratados de manera similar a los bipolares puros.

En cuanto al tratamiento psicológico existe muy poca literatura que refiera este tipo de tratamiento, sin embargo, los abordajes *psicoeducativos* siempre serán los más eficaces (véase *Tabla 8*). No debemos olvidar que en este tipo de pacientes, es muy importante que ambos tratamientos se lleven a cabo en conjunto para mejores resultados. Los pacientes esquizoafectivos con mayor conciencia de enfermedad cumplen mejor el tratamiento; por lo tanto, tienen mayor pronóstico de vida.

Tabla 8. Abordajes psicoeducativos en pacientes esquizoafectivos.

Tipo de terapia psicoeducativa
1. Modelo de tratamiento comunitario
2. Empleo protegido para la rehabilitación laboral
3. Intervenciones familiares
4. Entrenamiento en habilidades sociales
5. Terapia cognitivo-conductual
6. Tratamiento integrado para pacientes con diagnóstico mixto

Centrándose principalmente en:

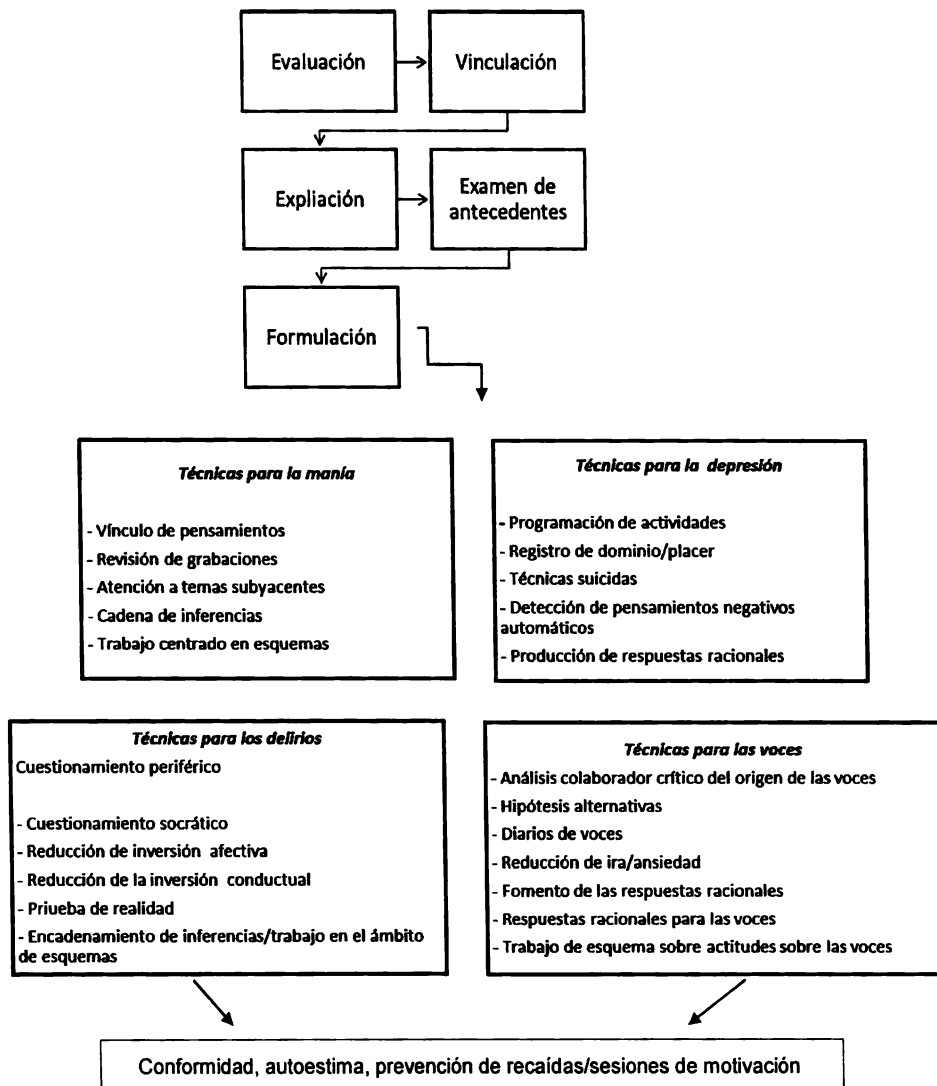
- a) Efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas
- b) Prevención de recaídas
- c) Cumplimiento del tratamiento
- d) Potenciar las relaciones interpersonales
- e) Adquisición de habilidades para la vida independiente
- f) Reducción de estrés
- g) Reducción de la carga familiar

Fuente: Benabarre (2012) (pp. 30-31)

En cuanto a la TCC, Turkington y Kingdon (en Perris, 1995) proponen un esquema para poder llevar a cabo este tipo de terapia en la psicosis esquizoafectiva (véase figura 3). Según estos autores, la mayoría de las fases deben ser negociadas con el paciente para que haya una reducción de síntomas.

Por ejemplo, con pacientes que presentan una mayor sintomatología suicida, este será el foco de atención inmediato de la terapia; en cambio, si se tiene un paciente extremadamente paranoide preocupado y angustiado por el delirio, inmediatamente se comenzaría a trabajar con el delirio con técnicas centradas en el delirio mismo. Dado lo anterior, el terapeuta es el que debe seleccionar el orden de la aplicación de técnicas.

Figura 3. Fases de la TCC en la psicosis esquizoafectiva. Fuente: Perris, 1995.



4. Datos epidemiológicos en México y en otros contextos geográficos

Como se ha venido mencionando existen muchos factores que causan un trastorno mental. Actualmente estamos predispuestos al estrés desde que estamos en el vientre de nuestra madre y como sabemos, el estrés es el componente ambiental que se presenta en la mayoría de las patologías anteriormente mencionadas y en muchas otras. Como profesionales de la salud mental debemos tener en cuenta que en consulta, nos encontraremos con personas que provienen de lugares, familias, niveles socioeconómicos y ambientes distintos, por lo que es bueno preguntarnos ¿cuáles son las causas principales de trastornos mentales que se han registrado aquí en México en comparación con las de otros países? Pues bien, según lo que dicta el artículo *La salud mental en México* la necesidad de trabajo, el cambio en los roles tradicionales y un ambiente poco propicio de comunicación entre familiares incrementan los riesgos para padecer un problema mental, sin embargo, no lo es todo. Hablar de trastornos mentales significa hablar de la pobreza, ya que, según la OMS (2004) ambos están encerrados en un círculo vicioso y es lo que se ve continuamente en México. El bajo nivel económico en las personas crea muchas otras vertientes que debemos tener en cuenta, aunque creamos que no tiene relación alguna con nuestra vida profesional. El desempleo, el bajo nivel educacional, la violencia, la población rural, niños y niñas en situación de calle por lo tanto menores farmacodependientes, problemas de discapacidad, madres adolescentes, población indígena y migrante son algunos otros componentes que tienen que ver con las probables causas de trastornos mentales en México.

A continuación se muestran los trastornos psiquiátricos más comunes en la población adulta mexicana, obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas en el año 1994, observándose que la *depresión* es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7% respectivamente (véase *Tabla 1*).

Tabla 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994.
México

Trastorno	Hombres %	Mujeres %
1. Depresión	4.9	9.7
2. Epilepsia	3.4	3.9
3. Probable psicosis	3.2	2.6
4. Probable trastorno limítrofe	1.6	0.8
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9
7. Manía	0.3	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6

Fuente: Caravelo y cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994 en *La salud Mental en México*

En cuanto a la prevalencia que existe en diversos contextos geográficos de los trastornos mentales con los que hemos venido trabajando encontramos que en el **trastorno bipolar**, según lo que captura Vallejo (2011) y es importante mencionar, las diferencias de prevalencia entre estudios reflejan diferencias en la metodología y la sensibilidad de los instrumentos empleados en la identificación de casos, pero no diferencias reales en la población en general, por lo que últimos estudios parecen indicar que la incidencia de trastornos bipolares está aumentando. El **trastorno bipolar I**, que es donde se encuentra la manía, podría afectar a un 1.6% de la población (Kessler y cols., 1994 en Vallejo, 2011); si se añaden las cifras que

hasta ahora se tienen del *trastorno bipolar II* y la *ciclotimia* la cifra se aumentaría a un 3 a 6.5% de la población (Merikangas y cols., 2007 en Vallejo, 2011).

El ***trastorno límite de la personalidad*** se presenta en un 1.6% de la población general (Torgersen, 2009 en APA, 2014) y aproximadamente en un 20% de los ingresos hospitalarios (Gunderson y Links, 2008 en APA, 2014). Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2015) aunque este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres en un marco clínico, esta diferencia no concuerda con los resultados obtenidos de algunos estudios comunitarios (Grant et al. 2008; Lenzenweger et al. 2007; Torgersen et al. 2001; Zimmerman y Coryell, 1990 en APA, 2014).

En cuanto a la ***esquizofrenia***, encontramos que su prevalencia tiene un valor promedio de 1% de la población. Por otro lado, según McGrath (2007 en Ortiz-Tallo, 2014) los datos de incidencia y prevalencia de este trastorno muestran que es una enfermedad mental crónica. Como se ha descrito, el subtipo de esquizofrenia más común es el paranoide, teniendo un rango de edad de riesgo entre los 25 y 35 años para la aparición de estos síntomas. En cuanto al sexo, los hombres suelen tener los primeros diagnósticos de esquizofrenia (25-27 años) en comparación con las mujeres (29-31 años) (Leung y Chue, 2000 en Ortiz-Tallo, 2014). Se considera que la esquizofrenia es más frecuente en los grupos con un estatus socioeconómico bajo, aunque un estudio realizado en Reino Unido matiza que nacer en una familia con estas características no aumenta el riesgo de padecer este trastorno, pero sí retrasa el acceso al tratamiento (Ortiz-Tallo, 2014). En cuanto a la distribución geográfica, hay varios estudios que indican mayor presencia de esquizofrenia en zonas urbanas que rurales (Moreno-Küstner et al., 2009 en Ortiz-Tallo, 2014). Con relación al estado civil, se ha encontrado mayor riesgo entre las personas solteras, separadas o divorciadas debido, probablemente, a una mayor dificultad para encontrar o mantener pareja, además de las características de la enfermedad ya mencionadas en otro apartado (Moreno-Küstner, Godoy, Torres y López, 2003; Moreno-Küstner et al., 2007 en Ortiz-Tallo, 2014). En cuanto a la mortalidad precoz, datos demuestran que no

solo está asociada al tratamiento sino también al suicidio (10%) y un 30% lo intentan. Otro dato importante el cual se encuentra constantemente en muchos estudios es el efecto estacional. En estos estudios se han encontrado una cantidad anormal de nacimientos de personas diagnosticadas con esquizofrenia en los últimos meses del invierno y los primeros de primavera, donde se tiene la hipótesis de que el feto contrae posibles infecciones o sufre complicaciones perinatales o neonatales (Martínez-Ortega et al., 2011 en Ortiz-Tallo, 2014).

Por las dificultades expresadas en apartados anteriores y debido a los cambios en los criterios diagnósticos que se han presentado para esta patología, el **trastorno esquizoafectivo** presenta escasos datos epidemiológicos. Según (Sirius y Lavin, 1995 en Vallejo, 2011) los pacientes esquizoafectivos podrían constituir un 10-30% de los cuadros psicóticos que se ven en pacientes hospitalizados. Por otro lado, Marneros (2015) propone que un 20-30% de las denominadas *psicosis endógenas* parece tratarse de un trastorno esquizoafectivo. De igual manera, en un estudio internacional realizado en varios países de diferentes continentes, se encontró que este trastorno se daba en más del 31% de todos los pacientes psicóticos. El suicidio es uno de los mayores problemas que presenta esta patología, además de que parece ser mayor que en los trastornos afectivos puros. Según estudios, aproximadamente el 12% de los pacientes esquizoafectivos mueren por suicidio; todo parece indicar que la combinación entre desesperanza melancólica y los delirios psicóticos constituyen un importante factor de riesgo para que el suicidio se lleve a cabo.

RESULTADOS OBTENIDOS

En mi estancia como prestadora de servicio social en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” apoyé en la valoración psicológica de un número estimado de 85 pacientes mujeres, quienes presentaban diagnósticos psiquiátricos diferentes.

El apoyo consistió en hacer entrevistas psicológicas iniciales, aplicación de batería de pruebas las cuales consistían en pruebas proyectivas, de inteligencia y psicomotoras (ya descritas y detalladas en el apartado de *Descripción de las actividades realizadas en el servicio social*) dependiendo de la petición de su psiquiatra personal. Cada una de las baterías de pruebas psicológicas se interpretaron y fueron integradas a sus expedientes, siendo estos supervisados y aceptados por el psicólogo de piso, y revisados posteriormente, por su psiquiatra personal. Como adicional para esta parte, también se intervino en la sesión grupal de cada martes con las pacientes de piso donde se hablaba de sus molestias personales o de las instalaciones de la institución, así como en las pláticas informativas con los familiares de las internas cada miércoles.

Dado que el número aproximado de pacientes tratadas fue de 85, se presentará 1 caso por cada uno de los trastornos mencionados a lo largo de este trabajo, refiriendo la sintomatología que presentaban las internas a la hora de la entrevista psicológica. Posteriormente se hará un análisis clínico sobre su diagnóstico, basándonos en la teoría que se ha descrito en apartados anteriores.

Paciente	Sintomatología que presenta
<p>Nombre: Paciente #1</p> <p>Sexo: Femenino</p> <p>Edad: 43 años</p> <p>Diagnóstico: Trastorno bipolar maniaco con síntomas psicóticos</p> <p>Para ver la entrevista completa, ir a <i>Anexos</i></p>	<p>Cursa su 3er. Internamiento debido a manía y disruptividad. Su atención y comprensión están conservadas, cooperadora en la entrevista. Estado de ánimo molesto. Orientada en persona, lugar y regular en tiempo y circunstancia.</p> <p>Su lenguaje se presenta con tono adecuado pero velocidad aumentada. Su curso del pensamiento y discurso aparentan coherentes; llega a metas sin ayuda. El contenido del pensamiento es congruente, ya que no integra ideas delirantes de ningún tipo. No refiere ideas de muerte, suicidas ni homicidas. No refiere alteraciones en la sensopercepción. Juicio disminuido, psicomotricidad adecuada. Con conciencia de enfermedad y pobre planeación a futuro.</p> <p>Sus compañeras se referían a la paciente como que tomaba cosas que no eran de su pertenencia, negando el hecho y argumentando otra cosa distinta.</p>

Paciente	Sintomatología que presenta
<p>Nombre: Paciente #2</p> <p>Sexo: Femenino</p> <p>Edad: 35 años</p> <p>Diagnóstico: Trastorno de la inestabilidad emocional tipo limite</p> <p>Para ver los resultados de su aplicación de pruebas psicológicas y entrevista, ir a <i>Anexos</i></p>	<p>Cursa su primer internamiento debido a ideas de muerte y suicidas e intento suicida reciente de baja letalidad. Presenta buena atención y comprensión. Orientada en persona, lugar, tiempo y circunstancia, expresándose con lenguaje verbal en tono y volumen adecuados pero velocidad un tanto enlentecida. El curso del pensamiento y discurso son coherentes, llegando a metas por sí sola. El contenido del pensamiento parece congruente.</p> <p>No integra ideas delirantes. Ya no integra ideas de muerte, suicidas u homicidas; tampoco refiere alteraciones en la sensopercepción y no las aparenta. Su juicio aparenta dentro del marco de la</p>

realidad. Psicomotricidad normal, conciencia de enfermedad y poca proyección a futuro.

Durante su estancia, socializa sólo con algunas compañeras de su mismo cubículo.

Paciente	Síntomatología que presenta
Nombre: Paciente #3	<p>Cursa su primer internamiento en esa institución, debido a que presenta errores de juicio y conducta, negativismo a alimentos y medicamentos; heteroagresividad física, mutismo y vagabundeo. Se muestra poco cooperadora. Atención y comprensión aparentan adecuadas. Orientada en persona, lugar y tiempo más no en circunstancia. Su afecto se presenta plano e irritable. Su lenguaje aparece conservado; su discurso limitado, coherente y congruente, llegando a metas cortas con ayuda. Niega alteraciones en la sensopercepción pero no se descartan. El contenido del pensamiento se encuentra incongruente dado que presenta ideas delirantes místico-religiosas, de daño y referencia. Niega ideas de muerte, homicidas o suicidas. Sin conciencia de enfermedad mental y escasa planeación a futuro.</p> <p>Durante su estancia, no se le ve socializando con sus compañeras en ningún momento, evitando todo contacto con personas.</p>
Sexo: Femenino	
Edad: 43 años	
Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide	
Para ver la entrevista completa, ir a <i>Anexos</i>	

Paciente	Sintomatología que presenta
Nombre: Paciente #4	<p>Segundo internamiento involuntario debido a errores graves de juicio y conducta en el trabajo. Atención y comprensión conservadas, cooperadora. Orientada globalmente, expresándose con lenguaje verbal, tono, volumen y velocidad conservados. Su discurso es coherente y su curso del pensamiento congruente. Llega a metas por sí sola y afecto normal. La paciente no refiere alteraciones en la sensopercepción y no las aparenta. No integra ideas delirantes, de daño o místico-religiosas. Tampoco integra ideas de muerte, suicidas u homicidas. Su juicio aparenta dentro del marco de la realidad. Psicomotricidad conservada, con escasa conciencia de enfermedad mental e igual planeación a futuro.</p> <p>Durante su estancia en el hospital, no se le ve socializando con sus compañeras en un inicio, sin embargo, poco después se muestra con más confianza hacia las demás.</p>
Sexo: Femenino	
Edad: 31 años	
Diagnóstico: Trastorno esquizoafectivo tipo mixto	
Para ver los resultados de su aplicación de pruebas psicológicas, ir a <i>Anexos</i>	

ANÁLISIS DE SINTOMATOLOGÍA

Antes de comenzar con el análisis de sintomatología de cada una de las pacientes, es imprescindible mencionar que la mayoría de las entrevistas psicológicas se llevaron a cabo algunos días después de su ingreso, por lo que algunas de las sintomatologías (sobre todo las psicóticas) ya habían remitido. Lo anteriormente mencionado debido a que muchas veces no se encontraban disponibles, se encontraban con sintomatología psicótica aguda, no querían acudir al consultorio de psicología ese día o estaban en entrevista con su psiquiatra.

Ahora, para poder complementar la sintomatología de las internas anteriormente mencionadas, también se tomarán en cuenta algunos de sus comportamientos

presentados, ya que mucho de este tipo de cuestiones no se describen en la entrevista psicológica pero se presentaban como conductas observables, verbales o descritas en el expediente de cada una de ellas.

Paciente #1. Dado que la paciente fue internada debido a comportamientos maníacos y disruptividad podríamos pensar en que el trastorno designado es acertado, sin embargo, hay que indagar algunas cuestiones para determinar si el diagnóstico de *trastorno bipolar con síntomas psicóticos* es el correcto.

Cuando se realizó la entrevista a esta paciente habían pasado algunos días desde su internamiento, por lo que posiblemente algunas de sus sintomatologías psicóticas y maníacas ya habían remitido debido a los efectos de los fármacos; por esa razón, en consulta psicológica no las presentó y no las aparentaba. Por ejemplo, su atención y su comprensión no eran dispersas. La paciente se caracterizaba mucho por gritar en el pasillo, hablar sola en voz baja y hablar con otros de manera tan rápida, que a veces no se entendía lo que expresaba. Su discurso era un tanto exagerado y a veces caía en lo grandioso refiriendo, por ejemplo, que tenía un amigo pintor quien le enseñaba cómo dibujar profesionalmente o que saliendo del hospital iba a estudiar una segunda carrera. Muchas veces llegó a externar que su familia no la quería o que no la tomaban en cuenta, refiriendo que tenía muchos problemas con su hermano y su padre. También presentó errores de conducta como tirar el papel de baño en el WC hasta taparlo, robar cosas de sus compañeras y presentarse demandante de atención con enfermeros y psicólogos. Su estado de ánimo fue irritante la mayor parte del tiempo de su estancia, llegando a confrontar mucho a las enfermeras; sin embargo poco a poco fue variando, hasta llegar al punto de volverse voluble con todos. A pesar de que no era identificada por ser sociable y caerle bien a sus compañeras debido a que tuvo confrontaciones con algunas de ellas, la paciente comenzó a buscar aliadas poniéndolas en contra de las enfermeras. Después de lo descrito anteriormente podemos decir que, una vez que el medicamento remitió los

síntomas afectivos maníacos y psicóticos, se fueron mostrando algunos rasgos antisociales de la paciente, pero no para diagnosticarle trastorno antisocial tal cual.

Dado lo anterior y para dejar en claro esta situación, el DSM-V (APA, 2013) menciona que este tipo de pacientes pueden presentar conductas antisociales, agresividad, juego patológico, amenazas físicas a otros y cambios bruscos de estado de ánimo los cuales, llegan a evolucionar en enfado o tristeza. Por lo tanto, se concluye que el diagnóstico de esta paciente fue acertado.

Paciente #2. Dado que su motivo de internamiento fue por presentar ideas de muerte y llegar a realizar un intento suicida, podríamos pensar que el diagnóstico de *trastorno de la personalidad tipo límite* es acertado. A esta paciente se le aplicó una batería de pruebas psicológicas completa (véase en Anexos) donde encontramos signos infantiles, dependientes e inadecuación en aspectos de su vida como lo social y percepción de sí misma así como sentimientos de inferioridad, por lo que por esta razón se puede explicar su impulsividad a querer suicidarse, hostilidad con familiares y agresividad.

En su estancia intrahospitalaria siempre fue una paciente demasiado tranquila, no causaba problemas de ningún tipo, tomaba su medicamento y no se negaba para comer lo que se le ofrecía; en general, muy cooperadora en todos los aspectos. Nunca fue una paciente demandante, más bien sumisa y un tanto evitativa, ya que cuando algo no le parecía de alguna compañera suya, prefería no decirle nada para evitar problemas con esa persona. Su estado de ánimo era plano, sonreía poco y no mostraba mucha actividad física, ya que la mayor parte del tiempo se encontraba recostada en su cama y platicaba con algunas compañeras de su mismo cubículo. Nunca se le vio socializando mucho ni interesada en ese tópico. Este tipo de características que presenta la paciente #2 no son tan frecuentes en alguien con *trastorno límite* puro.

Si bien el intento suicida que trató de llevar a cabo se puede traducir como evitación a una situación en específico, no se puede determinar si fue debido a un sentimiento de desamparo; lo que sí podemos decir es que muestra alteraciones de identidad, emocionales y una inestabilidad yoica bastante notoria, por lo que podemos concluir que el diagnóstico si entra en un *trastorno de personalidad* pero probablemente no de *tipo límite*.

Paciente #3. Es importante mencionar que cuando se realizó la entrevista psicológica a esta paciente, la sintomatología psicótica aún no remitía. Su internamiento fue debido a errores de juicio y conducta, negativismo a alimentos y medicamentos así como heteroagresividad física, mutismo y vagabundeo.

Casi no se pudo trabajar con esta paciente, pero era ubicada por tener un aplanamiento afectivo todo el tiempo, deambulando en el pasillo del piso, nunca se le vio socializando con sus compañeras, mal aliñada y mostrando escasa cooperación en psicología y psiquiatría. La paciente se mostraba orientada en persona, tiempo y lugar más no podía concebir como es que la habían llevado ahí. De igual manera, la paciente se muestra muy monótona en sus contestaciones sin caer en la desarticulación verbal, además de evitar totalmente cualquier contacto visual. En consulta, la paciente presenta ideas delirantes de referencia y citando “... usted me está grabando o tiene una grabadora, no voy a responder hasta que no me enseñe el expediente... hay cosas muy íntimas y no le voy a hablar de eso... hay cosas que están en el pasado y allí hay que dejarlo...” *sic pac*. En ese momento se decide dejar la entrevista psicológica debido a que, efectivamente, ya no quiso seguir cooperando.

Se tienen muy pocos datos de esta paciente para poder determinar si en realidad se trataba de un diagnóstico de *esquizofrenia paranoide*, sin embargo, tenemos antecedentes de heteroagresividad física y errores de juicio y conducta fuera del hospital, lo cual hace inclinarnos más por esquizofrenia que por un *trastorno de personalidad paranoide* por ejemplo, o *delirio paranoico*, por lo que se

recomendaría aplicar una batería de pruebas o hacerle una segunda entrevista donde los síntomas psicóticos hayan remitido un poco más y poder indagar de manera un tanto más completa en la paciente.

Paciente #4. Internada debido a errores de juicio y conducta en el trabajo, ya que estaba harta de las peticiones de su jefe, razón por la cual explota en un episodio de enojo, gritando, maldiciendo y aventando cosas.

Recién internada, la paciente se veía con poco interés de socializar con sus compañeras, poco cooperadora y con semblante de enojo; sin embargo, una vez que los medicamentos comenzaron a hacer efecto después de algunos días, su expresión era mucho más calmada, reía sin razón alguna, y expresaba que ya no sentía enojo sino que se sentía mucho más calmada. De igual manera, una vez establecido su estado de ánimo, se mostró mucho más cooperadora en muchos aspectos como en consulta psicológica, en sesión grupal se le veía más participativa y comenzó a socializar con algunas de sus compañeras, incluso llegó a ir al consultorio de psicología buscando quién la escuchara. Nunca se mostró demandante de atención, siempre esperaba su turno para hablar, llegó a mostrarse lábil emocionalmente algunos días e incluso expresó haber tenido algunas experiencias psicóticas breves como escuchar voces en su cabeza que hablaban con ella.

Para establecer si en realidad se trata de un *trastorno esquizoafectivo mixto* o un *trastorno bipolar mixto con síntomas psicóticos* no sabemos, según los criterios que se muestran en el DSM-V los cuales utilizamos a lo largo de este trabajo, si tuvo un periodo de dos o más semanas de alguna *síntomatología psicótica* junto con un *estado de ánimo alterado*.

Sin embargo, según la literatura que se ha estado revisado, el diagnóstico de la paciente podría estar bien establecido como *trastorno esquizoafectivo mixto*, ya que su aplanamiento emocional inicial se puede deber al delirio o estrés que

presentaba en ese momento y, una vez hecho efecto el medicamento, sale a la luz el componente afectivo. También se encuentran en la paciente rasgos de aislamiento, soledad y carencia de soporte familiar, expresando en consulta psicológica que no se llevaba bien con nadie de su familia, por lo que vivía sola, con escasos amigos y relaciones amorosas poco duraderas. Si tomamos en cuenta lo que expresa Marneros (2015) sobre los “*episodios esquizoafectivos*” y el “*trastorno esquizoafectivo*” los cuales se encuentran descritos en las *características del trastorno esquizoafectivo* del presente trabajo, sostenemos que en realidad sí se trata de un *trastorno esquizoafectivo mixto*.

APRENDIZAJES OBTENIDOS

La psicología clínica es una rama científica bastante interesante y de la cual se puede aprender mucho. Haber tenido esta experiencia literalmente enfrentando a la enfermedad mental encarnada en persona, es algo invaluable.

Como estudiante de psicología se agradecen este tipo de oportunidades, donde cada día que pasaba dentro del hospital descubría cosas nuevas y reforzaba otras. El hecho de haber aterrizado a la vida real una entrevista psicológica o haber aplicado a una persona que lo requería una batería de pruebas, así como darte cuenta de que hacer una buena interpretación e integración de las mismas ayuda en demasía para determinar un diagnóstico, te hace reaccionar de que en realidad sí es importante aprender el más mínimo detalle en la escuela sobre cómo aplicar una prueba, cómo interpretarla y cómo se pueden integrar todas al mismo tiempo.

Tratar con una persona que va a consulta psicológica, digamos, es delicado, ya que no conoces en qué estado se encuentra o si ha tenido un mal o buen día; tratar con una persona que ha requerido de internamiento psiquiátrico, es aún más delicado. Con lo anterior quiero dar a entender que otra de las aportaciones que me dejó el realizar mi servicio social en este hospital psiquiátrico fue mejorar el

trato a terceros, tratar de dejar a un lado tus problemas personales para tener una mayor concentración y brindarles la atención que se merecen, trabajar en la confianza además del desenvolvimiento y cooperación que se debe tener con tus compañeros de trabajo, sobre todo cuando se trata de intercambiar información de profesionalista a profesionalista. El hecho de haber tenido que ser supervisada de un psicólogo con años de experiencia en ese ámbito psiquiátrico fue muy gratificante ya que no se dedicaba a criticar tu trabajo, sino a hacer comentarios constructivos, pedir tu colaboración y punto de vista, así como darte la confianza de acercarte a él y consultarle lo que fuese necesario para tu crecimiento profesional.

Dicho lo anterior, puedo decir que la mayor parte de mi estancia en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" fue fructífera, llena de aprendizajes constantes y con muy buen ambiente de trabajo.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Si bien mis aprendizajes dentro del hospital en el ámbito psicológico fueron bastantes y muy buenos, también hay algunas cosas que, desde mi punto de vista, deberían cambiar o considerar como cambio en el hospital. Antes de continuar me gustaría acentuar una cosa: como prestadores de servicio social en el área de Hospitalización te asignan un sólo piso de atención psicológica para que puedas trabajar de manera continua y mejor, por lo que mis sugerencias serán resultado de lo que viví y observé en mi estancia de 6 meses en el 5to. piso, mujeres dentro del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Dicho lo anterior, mi intención no es generalizar ni menospreciar el trabajo que se lleva a cabo en todos los pisos que están disponibles para atender a las personas que necesitan los servicios de esta institución psiquiátrica.

Este apartado me gustaría empezarlo sugiriendo que se tome más en cuenta el papel del psicólogo como profesional de la salud mental, ya que no sólo nos especializamos en la aplicación, interpretación e integración de pruebas psicológicas, también estamos capacitados, al igual que los psiquiatras, para dar nuestro punto de vista clínico sobre las sintomatologías presentadas por las paciente.

Dado que la mayoría de las pacientes habían sido internadas debido a episodios graves de estrés, y en el *Programa anual de trabajo en hospitalización* existe un apartado donde propone a psicología hacer actividades de rehabilitación cognitiva con las pacientes, sugeriría que se llevaran a cabo este tipo de rehabilitaciones, ya que las internas se despertaban a las 6 AM para bañarse y cuando el personal de psicología llegaba, ellas se encontraban un tanto desesperadas por hacer algo que no fuera estar caminando en los pasillos. Claro que las pacientes tenían algunas actividades fuera del piso como salir al jardín o bajar a sus talleres

recreativos, sin embargo, la propuesta anteriormente dicha se hace a psicología y que trate de hacer un esfuerzo por incorporarse más con las pacientes, fuera del consultorio psicológico.

Una cuestión muy importante la cual se veía día a día es el trato que se le da a las internas de parte del personal de enfermería, por lo que considero necesario que se imparta algún tipo de sesiones sensibilizadoras hacia este tipo de trabajadores en especial. De antemano tengo conciencia de que no es fácil tratar con pacientes psiquiátricos, ya que evidentemente es una experiencia vivida, pero también deben tener en mente que es un trabajo para el cual estudiaron varios años de su vida. Si bien, muchas veces uno se encuentra inhabilitado emocional, sentimental o físicamente para hacer algo, considero pertinente tener un poco de empatía hacia estas personas que lo están aún más, sobre todo mentalmente. Es importante remarcar que no todo el personal de enfermería se dirigía de la misma manera hacia las internas, pero muchas enfermeras sí perdían los estribos con varias pacientes, por lo que como institución que se dedica a tratar primordialmente la anormalidad mental, también debe preocuparse por la salud mental de sus trabajadores.

Según lo que se expresa en la "*Guía didáctica: taller de sensibilización*" creado por la Secretaría de Salud (2002) es indispensable que exista una buena autoestima en los trabajadores que se dedican a laborar con personas, por lo que en este tipo de talleres se trabaja primero en el individuo, tratando temas como el autoestima, la motivación y las actitudes productivas para posteriormente, trabajar con lo externo: las relaciones humanas, la comunicación asertiva y el trabajo en equipo. Dado lo anteriormente expresado, creo indispensable que el hospital psiquiátrico se dé un tiempo para ver lo que está pasando con sus trabajadores y sensibilizarlos a lo que se van a enfrentar. En este tipo de actividades podría entrar un psicólogo clínico capacitado para sensibilizar al equipo médico de un hospital.

Otro punto importante es el siguiente. En varias páginas de la literatura revisada se mencionan pruebas psicológicas que podrían ser herramienta útil para el psicólogo clínico en este ámbito hospitalario, sobre todo para mejorar o rectificar un diagnóstico. De esta manera, el hospital se encontraría con un equipaje mucho más completo psicológicamente hablando; sin embargo, este tipo de cuestiones ya entran en otro ámbito diferente: el económico. Por esa razón no vamos a indagar tanto en ese aspecto, pero sería un buen instrumento para la institución.

Sin embargo y como comentario final, mucho de lo que se ofrece y hay en la institución está en buenas condiciones, por lo que estas sugerencias posiblemente ayudarían a mejorar de manera positiva algunos aspectos dentro del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Publishing (2014). *Textbook of psychiatry*, 6th edition. Washington, D.C. American Psychiatry Association.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ta ed.). Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ta. Edición. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baumgart, A., (2000). *Lecciones introductorias de psicopatología*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, vol. 2. Madrid, España. Ed. McGraw Hill.
- Benabarre, A. (et al.) (2012). *Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo*. Madrid, España. Ed. Entheos.
- Berrios, G., (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Colín, M., Galindo, H. & Saucedo, C., (2009). *Introducción a la entrevista psicológica*. México. Ed. Trillas.
- Cuevas, C. y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. [Versión electrónica]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1): 97-114. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>

- De Dios, C. (et. al.) (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-V y CIE-11. [Versión electrónica]. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 7(4): 179-185. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-salud-mental-286-linkresolver-los-trastornos-bipolares-las-nuevas-90359704>
- Domenech, E. (1991). *Introducción a la historia de la psicopatología*. Barcelona. Publicaciones del seminario Pere Mata de la Universidad de Barcelona.
- Fernández, M. (2014). Hipótesis sobre algunos mecanismos comunes entre personalidad límite y psicósomática. [Versión electrónica]. *Revista digital de medicina psicósomática y psicoterapia*, 4(4): 1-21. Recuperado de <https://www.trastomolimito.com/tlp/mecanismos-comunes-entre-personalidad-limite-y-psicosomatica>
- Gallego Clau, T. (2013). *Intervención clínica de enfermería: esquizofrenia paranoide*. (Trabajo de fin de grado). Recuperada de la base de datos Repositori Obert UdL <http://hdl.handle.net/10459.1/46967>
- González, M. (2013). *Clínica psicoanalítica: texto básico integrado*. Bogotá, Colombia. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V.
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona, España. Ed. Ars Medica.
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2013). *Programa anual de trabajo 2013. Psicología hospitalización continua*. México: Autor.
- Hudziak, J.J. & Helzer, J.E., (2003). *La definición de la psicopatología en el siglo XIX. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Ed. Ars Medica.
- Ibarra Chavela, M. (2004). *Estudio comparativo sobre intento suicida entre pacientes con esquizofrenia paranoide en relación a los subgrupos restantes con diagnóstico de*

- esquizofrenia. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria.
- Jiménez, I. (2015). *Guía práctica clínica: esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.clinicamontserrat.com.co/web/index.php/guias-de-practica-clinica>
- Kolodobsky, N. (2005). *Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Polemos.
- Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*, 2da. edición. Buenos Aires, Argentina. Ed. Polemos.
- Lemos, S. (editor) (2000). *Psicopatología general*. Madrid. Ed. Síntesis.
- Lermada, V., Holmgren, D., Soto-Aguilar, F. & Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? [Versión electrónica]. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 51(1): 46-60. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272013000100007&script=sci_arttext
- López, A. (2005). *Trastorno afectivo bipolar. La enfermedad de las emociones*. México, D.F. Ed. EDAF, S.A.
- Malhi, G. (et al.) (2009). Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar. [Versión electrónica]. *RET, Revista de Toxicomanías*, 57: 18-40. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret57_3.pdf
- Marentes Gines, J. (2014). *Investigación documental sobre esquizofrenia paranoide y su relación con el delito*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria.
- Mark, V., Barlow, D. (2007). *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*, 4ta. Edición. México. Ed. Thomson Learning.

- Marneros, A. (2015). Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto. *Trastornos esquizoafectivos*. (pp. 1-13). Recuperado de <http://www.herrerobooks.com/pdf/PAN/9788498359039.pdf>
- Mckenna, P. (2007). *Schizophrenia and related syndromes*. Great Britain. Ed. Routledge.
- Miklowitz, D. & Gitlin, M. (2014). *Clinician's guide to bipolar disorder. Integrating pharmacology and psychotherapy*. (pp. 13-16). New York. Ed. The Guilford.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV: guía para el diagnóstico clínico*. México. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Ortiz-Tallo, M. (coord.) (2014). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V*. España. Ed. Pirámide.
- Perris, C. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico*. Bilbao. Ed. Descleè de Brouwer, S.A.
- Rodríguez, J., Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (editores) (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.
- Secretaría de salud. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2014). *Hospitalización*. Recuperado de: <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>
- Secretaría de salud (2002). *Taller de sensibilización. Guía didáctica*. México, D.F.: Autor. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7219.pdf>

Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social (s.f.) *La salud mental en México*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) Borderline. (2015). *Características del trastorno límite de la personalidad*. Recuperado de: <https://www.trastornolimito.com/>

Urchurtu, I. & Echeberría, R., (2004). *Introducción a la psicopatología*. Barcelona. Ed. Ars Medica.

Uribe Chávez, C. (2011). *Rasgos de personalidad en paciente psiquiátrico con trastorno límite de la personalidad*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria.

Vallejo, J. (et al.) (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, 7a. edición. Barcelona, España. Ed. Masson.

Vieta, E., Colom, F. & Martínez, A. (2004). *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona, España. Ed. Ars Medica.

ANEXOS

A continuación se anexarán los formatos de entrevistas e interpretaciones de pruebas psicológicas de las pacientes mencionadas en los cuadros de sintomatología. Por ética profesional se conservarán secretas sus identidades, por lo que se referirá a ellas como "PACIENTE #X".

PACIENTE #1
NO. DE EXPEDIENTE: 153180
5° PISO SECCIÓN MUJERES

NOTA DE PSICOLOGÍA

09/10/14
12:30 HRS.

SE TRATA DE LA **PACIENTE NO.1** , FEMENINO DE 43 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR EPISODIO DE MANÍA CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS + CONSUMO PERJUDICIAL DE TABACO + SOPORTE FAMILIAR INADECUADO. ORIGINARIA Y RESIDENTE DE CUERNAVACA MORELOS, LICENCIATURA TRUNCA, SOLTERA, CATÓLICA Y ACTUALMENTE SIN OCUPACIÓN.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU 3ER. INTERNAMIENTO, DEBIDO A MANÍA Y DISRUPTIVIDAD.

FEMENINO DE EDAD APARENTE SIMILAR A LA REFERIDA, CON VESTIMENTA DE HOSPITAL EN REGULARES CONDICIONES DE HIGIENE Y ALIÑO, ÍNTEGRA, BIEN CONFORMADA, ENDOMÓRFICA, ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN CONSERVADAS. SE LE VE CAMINANDO POR EL PASILLO Y ACUDE A PSICOLOGÍA POR SU PROPIA CUENTA, TENIENDO ACTITUD COOPERADORA A LA ENTREVISTA. MANTIENE BUEN CONTACTO VISUAL, REFIERE SENTIRSE MEJOR AUNQUE UN POCO ENOJADA CON MUCHAS PERSONAS TANTO DE AQUÍ DEL HOSPITAL COMO DE SU FAMILIA. ORIENTADA EN PERSONA, LUGAR Y REGULAR EN CIRCUNSTANCIA Y TIEMPO. SE EXPRESA CON LENGUAJE VERBAL, TONO Y VOLUMEN ADECUADOS, PERO CON VELOCIDAD AUMENTADA. EL CURSO DEL PENSAMIENTO Y DISCURSO SON COHERENTES, SIGUE LÍNEA DIRECTRIZ Y LLEGA A METAS SIN AYUDA; EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO ES CONGRUENTE Y SIN INTEGRAR IDEAS DELIRANTES DE CUALQUIER TIPO. NO REFIERE IDEAS DE MUERTE, TAMPOCO SUICIDAS NI HOMICIDAS; TAMPOCO REFIERE ALTERACIONES EN LA SENSO PERCEPCIÓN Y NO LAS APARENTA. JUICIO DISMINUIDO, PSICOMOTRICIDAD ADECUADA, CON CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y POBRE PLANEACIÓN A FUTURO.

DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL SE LE HA OBSERVADO LEVANTADA Y PLATICANDO CON ALGUNAS DE SUS COMPAÑERAS, AUNQUE ALGUNAS REPORTAN QUE SE ROBA LAS COSAS. POR ESO MISMO EL DÍA DE AYER LA ATARON A LA CAMA, CUANDO LA PACIENTE REPORTA "NO ESTABA ROBANDO NADA, SÓLO ESTABA BUSCANDO UNAS COSAS QUE SE ME PERDIERON". SE SEGUIRÁ AL TANTO DE SU EVOLUCIÓN Y EGRESO.

PACIENTE #2
160492
5° PISO SECCIÓN MUJERES

NOTA DE PSICOLOGÍA

25/11/14
10:30 HRS

SE TRATA DE **PACIENTE #2**, FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE *TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL TIPO LÍMITE*. ORIGINARIA DEL DISTRITO FEDERAL Y RESIDENTE DEL MISMO; ESCOLARIDAD SECUNDARIA COMPLETA, TRES HIJOS, CASADA, CATÓLICA Y ACTUALMENTE SE DEDICA AL HOGAR.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU PRIMER INTERNAMIENTO EN ESTE HOSPITAL Y SU DÉCIMO DÍA DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA, DEBIDO A IDEAS DE MUERTE Y SUICIDAS E INTENTO SUICIDA RECIENTE DE BAJA LETALIDAD.

FEMENINO DE EDAD APARENTE MENOR A LA REFERIDA COMO CRONOLÓGICA, MESTIZA, TALLA BAJA, ENDOMÓRFICA, CON EXPRESIÓN FACIAL LIGERAMENTE DE ENOJO. VISTE ROPA DE HOSPITAL, EN BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE Y ALIÑO; ÍNTEGRA, BIEN CONFORMADA, BUENA ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN. CUANDO SE ACUDE A ELLA, ESTÁ ESPERANDO A LA PSICÓLOGA EN LA ENTRADA DE SU CUBÍCULO, YA QUE UN DÍA ANTES SE LE HABÍA EXPLICADO QUE A ESA HORA APROXIMANDAMENTE, SE LE IBAN APLICAR UNAS PRUEBAS. DENTRO DEL CONSULTORIO, LA PACIENTE SE MUESTRA COOPERADORA A LA ENTREVISTA PREVIA A LAS PRUEBAS, AUNQUE CON AFECTO UN TANTO ANSIOSO, YA QUE JUGUETEABA UN POCO CON SUS MANOS MIENTRAS SE LE HACÍAN O RESPONDÍA PREGUNTAS. MANTIENE BUEN CONTACTO VISUAL, LLEGANDO A DESVIAR LA MIRADA PARCIALMENTE PERO NO DE MANERA SIGNIFICATIVA *"SÍ SÉ POR QUÉ LLEGUÉ AQUÍ, Y ES QUE ME TOMÉ UNAS PASTILLAS DE CLONAZEPAM PERO NO ME MORÍ... ES MI PRIMER INTENTO SUICIDA."* SIC PAC. ORIENTADA EN PERSONA, LUGAR, TIEMPO Y CIRCUNSTANCIA. SE EXPRESA CON LENGUAJE VERBAL, TONO Y VOLUMEN ADECUADOS, VELOCIDAD UN TANTO ENLENTECIDA. EL CURSO DEL PENSAMIENTO Y DISCURSO SON COHERENTES, SIGUE LÍNEA DIRECTRIZ Y LLEGA A METAS POR SÍ SOLA. EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO APARECE CONGRUENTE. NO INTEGRA IDEAS DELIRANTES, TAMPOCO IDEAS DE MUERTE, SUICIDAS U HOMICIDAS. LA PACIENTE NO REFIERE ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN Y NO LAS APARENTA. JUICIO APARECE DENTRO DEL MARCO DE LA REALIDAD, PSICOMOTRICIDAD NORMAL, CONCIENCIA DE ENFERMEDAD PERO REGULAR PROYECCIÓN A FUTURO.

DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL SE LE HA OBSERVADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO LEVANTADA, CASI NO SE LE HA VISTO PLATICANDO CON SUS COMPAÑERAS PERO REPORTA QUE SE LLEVA BIEN CON ALGUNAS DE ELLAS; DE IGUAL MANERA, MENCIONA QUE *"SÓLO HE TENIDO PROBLEMAS CON LIDIA... ELLA AVECES ME MOLESTA PERO YO LA EVADO"* SIC PAC. ÉSTA SEMANA NO ACUDE A ASAMBLEA. ITZYMACURY NO HA TENIDO PROBLEMAS PARA TOMAR SU MEDICAMENTO NI CON SUS ALIMENTOS. SE SEGUIRÁ AL TANTO DE SU EVOLUCIÓN Y EGRESO.

A SOLICITUD DE SU MÉDICO TRATANTE, SE LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE PERSONALIDAD:

TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER
TEST PROYECTIVO DE PERSONA BAJO LA LLUVIA
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA – 2
FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

Y PARA COMPLEMENTAR SU BATERÍA DE PRUEBAS, ASÍ COMO DESCARTAR ALGÚN TIPO DE DIFICULTAD PSICOMOTRIZ (YA QUE ESCRIBE MUY LENTO), SE APLICÓ EL *TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER*.

LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

EN EL *TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER*, ENCONTRAMOS A UNA PERSONA MUY EVASIVA ASÍ COMO MUY INFANTIL Y REGRESIVA, SUSPICAZ, CON SENTIMIENTOS DE DEBILIDAD, INADECUACIÓN SEXUAL, SOCIAL O EMOCIONAL, EGO DÉBIL ASÍ COMO SIGNOS DE DEPENDENCIA.

ENCONTRAMOS TAMBIÉN ALGUNAS TENDENCIAS NARCISISTAS, BASTANTE COMPENSACIÓN Y ANGUSTIA; HOSTILIDAD Y TENDENCIAS A LA AGRESIVIDAD. LA **PACIENTE #2** TAMBIÉN PROYECTA EXTREMA ATENCIÓN A LA OPINIÓN AJENA Y SENSIBILIDAD A LA CRÍTICA SIENDO ÉSTA, POSIBLEMENTE MAYOR, DE PARTE DE LOS HOMBRES. ORALIDAD, DEFENSAS REGRESIVAS, TENDENCIAS DEPRESIVAS Y PRIMITIVAS ASÍ COMO POSIBLES PROBLEMAS SEXUALES. TAMBIÉN SE LLEGAN A ENCONTRAR RASGOS EN LOS QUE LA PACIENTE HACE ESFUERZOS POR GANAR APROBACIÓN O AFECTO DEL MEDIO, SENTIMIENTOS DEFENSIVOS, PASIVIDAD, FALTA DE CONTACTO EN EDADES TEMPRANAS Y ACTUALES; FUERTE NECESIDAD DE SEGURIDAD, PERSONALIDAD INADECUADA, SUMISIÓN A LA AUTORIDAD, SENTIMIENTOS DE IMPORTENCIA.

POR EL TIPO DE DIBUJO QUE REALIZA LA PACIENTE, PODRÍA HABLARSE DE UN DESEO DE REGRESAR A ÉPOCAS ANTERIORES, TIENDE A HACER UN ESFUERZO POR CONTROLAR SU ANSIEDAD, PERO EVIDENTEMENTE NO HA SIDO DE LA MEJOR MANERA; TENSIÓN INTERNA, IMPOTENCIA Y AISLAMIENTO EMOCIONAL.

EN EL *TEST DE PERSONA BAJO LA LLUVIA*, ENCONTRAMOS PRINCIPALMENTE CONTROLES INTERNOS DEFICIENTES, INADECUADA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO. ILUSIONES PARANOIDES DE GRANDIOSIDAD QUE ENCUBREN SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN. POSIBLE COMPENSACIÓN DE SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD. TAMBIÉN ENCONTRAMOS RIGIDEZ; HAY UN DIBUJO ENCERRADO Y PROTEGIDO DEL MUNDO, SE SIENTE AMENAZADA POR EL ENTORNO. NO ADAPTADA, NO TIENE LIBERTAD PARA ACTUAR. TAMBIÉN ENCONTRAMOS EXCESO DE FANTASÍA, PRESIONES, RESTRICCIONES, NECESIDADES DE PROTECCIÓN. ENCONTRAMOS QUE LA **PACIENTE #2** NO CUENTA CON LOS RECURSOS SUFICIENTES PARA ENFRENTARSE AL MUNDO, PERCIBIÉNDOLO COMO HOSTIL. TAMBIÉN OBSERVAMOS ANGUSTIA.

EN EL *INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA 2* SE REFUERZAN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD QUE SE HAN DESCRITO EN LAS INTERPRETACIONES ANTERIORES, SÓLO QUE DE MANERA MÁS COMPLETA. LA PACIENTE PUEDE APARENTAR NO ESTAR INCAPACITADA POR SUS PROBLEMAS, AUNQUE POR LO REGULAR MANIFIESTAN TENSIÓN MODERADA, ANSIEDAD Y QUEJAS FÍSICAS. PROBABLEMENTE NO SE DE CUENTA DE SUS SENTIMIENTOS HOSTILES PERO PUEDE LLEGAR A SER DESAFIANTE EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, POCO COOPERADORA Y DE DIFÍCIL TRATO; A VECES PUEDE PARECER SUSPICAZ Y RESENTIDA. LA **PACIENTE #2** PUEDE LLEGAR A NEGAR SU SUSPICACIA Y HOSTILIDAD, AUNQUE ÉSTA SEA OBVIA PARA LAS PERSONAS QUE LO RODEAN, TAL PODRÍA SER EL CASO DE LOS PROBLEMAS RECIENTES QUE TIENE CON SU MADRE; TAMBIÉN PUEDE LLGAR A PARECER EGOCÉNTRICA Y NARCISISTA, POR LO QUE POSIBLEMENTE NIEGUE QUE TIENE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS SERIOS, LLEGANDO INCLUSO A CONSERVAR SENTIMIENTOS PROFUNDOS CRÓNICOS HOSTILES CON RESPECTO A ALGUNOS MIEMBROS DE SU FAMILIA (LO CUÁL SE PUEDE VER MÁS ADELANTE EN LA INTERPRETACIÓN DEL BENDER) Y A LAS PERSONAS QUE LLEGAN A ESTAR CERCA DE ELLA. TAMBIÉN TIENE TENDENCIAS A NO EXPRESAR FÁCILMENTE SUS SENTIMIENTOS NEGATIVOS, ADEMÁS DE ENCONTRAR SIEMPRE UNA JUSTIFICACIÓN PARA LO QUE HACE, LLEGANDO, ALGUNAS VECES A CULPAR A LOS DEMÁS DE SU CONDUCTA. DE LA MISMA MANERA, PUEDE PRESENTAR ACTITUDES INGENUAS HACIA LOS DEMÁS Y PUEDEN APARENTAR POCO INTELIGENTES. NIEGAN CUALQUIER INTERPRETACIÓN PSICOLÓGICA ACERCA DE SUS PROBLEMAS.

POR OTRO LADO, LA PACIENTE POSIBLEMENTE SE SIENTA ANGUSTIADA, TENIENDO DIFICULTAD PARA ADAPTARSE PSICOLÓGICAMENTE; ALGUNAS VECES PARECE QUE LE FALTA ENERGÍA, PUEDE LLEGARA A SENTIRSE DÉBIL, FATIGADA, TENSA Y NERVIOSA, LLEGANDO INCLUSO A DESARROLLAR SÍNTOMAS FÍSICOS, SÍNTOMAS TÍPICAMENTE LLAMADOS DE CONVERSIÓN. EN CUANTO A SUS RELACIONES INTERPERSONALES SE REFIERE PUEDE SER MUY PASIVA, LLEGANDO A INTERACTUAR CON LOS DEMÁS POR MEDIO DE QUEJAS LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO; TAMBIÉN ENCONTRAMOS DEPENDENCIA Y A MENUDO TENIENDO LA NECESIDAD DE QUE LA CUIDEN, LLEGANDO, PROBABLEMENTE A MOSTRARSE IRRITABLE U HOSTIL SI NO SE CUMPLEN SUS EXIGENCIAS. *LA PACIENTE MANIFIESTA MUCHO SU CONFLICTO ENTRE SER DEPENDIENTE Y SER CONFIADA EN SÍ MISMA*, LLEGANDO ESTO MUCHAS VECES A DAR UN DIAGNÓSTICO PASIVO-AGRESIVO. ASÍ MISMO, ES PROBABLE QUE TENGA DISMINUIDO EL IMPULSO SEXUAL, CON TENDENCIAS A TENER POCA COMPRESIÓN EN SÍ MISMA Y NO ES FÁCIL QUE TENGA CONTROL SOBRE SUS SÍNTOMAS, POR TANTO, LA PSICOTERAPIA ORIENTADA HACIA EL INSIGHT NO ES MUY RECOMENDABLE PARA ELLA. LA PACIENTE POSIBLEMENTE TENGA UN ESTILO HOSTIL DE INTERACTUAR CON LOS DEMÁS, LO CUÁL PODRÍA PRESENTARSE TAMBIÉN EN LA SITUACIÓN DE TRATAMIENTO, SOBRETUDO SI SE TRATA DE TERAPIA COMO YA SE MENCIONÓ MÁS ARRIBA, TAL ES EL CASO, QUE PUEDE NO ACEPTAR SUGERENCIAS DE LOS DEMÁS CON FACILIDAD.

EN EL *TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER*, NO REFLEJA RASGOS QUE SUGIERAN ALGÚN TIPO DE ORGANICIDA O RETRASO MENTAL, SIN EMBARGO, DEBIDO A LOS CONFLICTOS PSÍQUICOS QUE PRESENTA, PUEDE LLEGAR A PRESENTAR PROBLEMAS EN SU VIDA DIARIA COMO SE COMENTA EN LA INTERPRETACIÓN DEL MMPI-2. SU MEMORIA VISUAL INMEDIATA CONSERVADA EN UN 25% (YA QUE RECORDÓ BIEN DOS FIGURAS Y OTRAS DOS FRAGMENTADAS). ENCONTRAMOS RASGOS DE INTROVERSIÓN, TENDENCIAS A LA SOBREALORACIÓN, FANTASIOSA, TENSIÓN NECESIDADES NO SATISFECHAS, TAL VEZ EN ALGUNAS COSAS SEA UN TANTO OBSESIVA, REGRESIÓN SIGNIFICATIVA, AGRESIÓN REPRIMIDA, INMADUREZ EMOCIONAL (ESO EXPLICA TAMBIÉN SU INFATILISMO Y REGRESIÓN), DEBILIDAD MENTAL, INHIBICIÓN DE AFECTOS O FALTA DE EXPRESIÓN DE LOS MISMOS; ANSIEDAD PROVOCADA POR ESTÍMULOS ATRACTIVOS PARA ELLA ASÍ COMO ALTERACIÓN DEL YO ANTE ESTÍMULOS AMOROSOS. POR OTRA PARTE, OBSERVAMOS EN UNA DE LAS FIGURAS (FIG. 5) UNA ALTA AMBIVALENCIA HACIA LA FIGURA MATERNA, ASÍ COMO REGRESIÓN. POR OTRO LADO, ITZYMACURY ES UNA PERSONA MUY SENSIBLE.

POR ÚLTIMO Y SÓLO COMO COMPLEMENTO, TENEMOS *FRASES INCOMPLETAS DE SACKS*, ENCONTRAMOS QUE ES UNA PERSONA MUY EVASIVA, CON PROBLEMAS CON LA FIGURA PATERNA, POSIBLEMENTE CON LA MASCULINA TAMBIÉN Y DE AUTOESTIMA, ASÍ COMO EN SU NÚCLEO FAMILIAR; TAMBIÉN PROYECTA ALGUNOS CONFLICTOS SOCIALES COMO "TENERLE MIEDO A LAS MULTITUDES" SIN EMBARGO, PARECE TENER BUEN DESEMPEÑO LABORAL.

<p>PACIENTE #3 EXPEDIENTE NO. 159851 5° PISO SECCIÓN MUJERES</p>

NOTA DE PSICOLOGÍA

22/09/14
12:00 HRS

SE TRATA DE LA **PACIENTE #3**, FEMENINO DE 43 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS DE *ESQUIZOFRENIA PARANOIDE*. ES ORIGINARIA Y RESIDENTE DEL ESTADO DE PUEBLA, SOLTERA, CATÓLICA, CON ESCOLARIDAD PRIMARIA INCOMPLETA, AYUDA A LABORES DEL HOGAR DE UN TÍO SUYO.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU PRIMER INTERNAMIENTO EN ESTA INSTITUCIÓN, MOTIVADO POR HABER PRESENTADO ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA, ADEMÁS DE NEGATIVISMO A ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS, ADEMÁS DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA, MUTISMO Y VAGABUNDEO.

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE EDAD APARENTE MAYOR A LA REFERIDA, EN ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE Y REGULARES DE ALIÑO. ES DE ESTATURA BAJA Y DE COMPLEXIÓN DELGADA. APARENTEMENTE ÍNTEGRA Y BIEN CONFORMADA. ACUDE CUANDO SE LE SOLICITA A ENTREVISTA, A LA CUAL SE MUESTRA POCO COOPERADORA. SIN LLEGAR A ESTABLECER CONTACTO VISUAL, MANTIENE LA MIRADA FIJA HACIA UNA PARED DEL CONSULTORIO. DE ATENCIÓN Y DE COMPRENSIÓN ADECUADAS. ESTÁ ORIENTADA EN PERSONA, LUGAR, TIEMPO, NO EN CIRCUNSTANCIA. DE AFECTO PLANO E IRRITABLE. SE COMUNICA CON UN LENGUAJE VERBAL BIEN ARTICULADO, DE VELOCIDAD Y DE VOLUMEN ADECUADOS. SU DISCURSO PARCO, COHERENTE, CONGRUENTE, LLEGA A METAS CORTAS CON NECESIDAD DE AYUDA. NIEGA ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN, SIN EMBARGO NO SE DESCARTAN. EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO CON IDEAS DELIRANTES MÍSTICO-RELIGIOSAS, DE DAÑO Y REFERENCIA *"...USTED ME ESTÁ GRABANDO O TIENE UNA GRABADORA, NO VOY A RESPONDER HASTA QUE NO ME ENSEÑE EL EXPEDIENTE, HAY COSAS MUY ÍNTIMAS Y NO LE VOY A HABLAR DE ESO... HAY COSAS QUE ESTÁN EN EL PASADO Y ALLÍ HAY QUE DEJARLO..."* SIC. PAC. NIEGA IDEAS DE MUERTE, HOMICIDAS Y SUICIDAS. SIN CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL Y CON ESCASA PLANEACIÓN A FUTURO.

DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO SE LE HA OBSERVADO RECOSTADA EN SU CAMA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SIN RELACIONARSE CON SUS COMPAÑERAS. DADO LA FECHA DE INGRESO AÚN NO ASISTE A LA ASAMBLEA. HASTA EL MOMENTO NO HA PRESENTADO PROBLEMAS PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO MÉDICO. SE SEGUIRÁ AL TANTO DE SU EVOLUCIÓN Y EGRESO.

PACIENTE #4
EXPEDIENTE NO. 147822
5° PISO SECCIÓN MUJERES

INTEGRACIÓN PSICOLÓGICA

05/02/15
09:45 HRS

SE TRATA DE LA PACIENTE #4. FEMENINO DE 31 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE *TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO TIPO MIXTO*. SE ENCUENTRA CURSANDO SU DÍA NÚMERO 20 DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU SEGUNDO INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN ESTA INSTITUCIÓN, DEBIDO A ERRORES GRAVES DE JUICIO Y CONDUCTA.

FEMENINO DE EDAD APARENTE MENOR A LA REFERIDA COMO CRONOLÓGICA, MESTIZA, TALLA BAJA, ENDOMÓRFICA, EXPRESIÓN FACIAL MÁS RELAJADA. VISTE ROPA DE HOSPITAL, EN BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE Y ALIÑO; ÍNTEGRA, BIEN CONFORMADA; ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN CONSERVADAS. CUANDO SE ACUDE A LA PACIENTE PARA APLICARLE LA BATERÍA DE PRUEBAS SE ENCUENTRA RECOSTADA EN SU CAMA, ACCEDIENDO SIN PROBLEMA AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA. LA PACIENTE MUESTRA BUEN CONTACTO VISUAL CUANDO SE LE EXPLICAN LAS INSTRUCCIONES, SIENDO SU POSICIÓN CORPORAL TOTALMENTE DE FRENTE A LA PSICÓLOGA. ORIENTADA GLOBALMENTE. SE EXPRESA CON LENGUAJE VERBAL, TONO, VOLUMEN Y VELOCIDAD CONSERVADOS; SU DISCURSO ES COHERENTE, SU CURSO DEL PENSAMIENTO APARENTE CONGRUENTE, SIGUE LÍNEA DIRECTRIZ, LLEGA A METAS POR SÍ SOLA. AFECTO NORMAL. LA

PACIENTE YA NO REFIERE ALTERACIONES EN LA SENSORPERCEPCIÓN Y NO LAS APARENTA, NO INTEGRA IDEAS DELIRANTES, DE DAÑO O MÍSTICO-RELIGIOSAS; TAMPOCO INTEGRA IDEAS DE MUERTE, SUICIDAS U HOMICIDAS. JUICIO APARENTA DENTRO DEL MARCO DE LA REALIDAD. PSICOMOTRICIDAD CONSERVADA, CON ESCASA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL E IGUAL PLANEACIÓN A FUTURO.

A SOLICITUD DE SU MÉDICO TRATANTE, SE LE APLICARON CINCO PRUEBAS: UNA PARA MEDIR SU COEFICIENTE INTELLECTUAL Y CUATRO PRUEBAS PROYECTIVAS PARA EVALUAR PERSONALIDAD, SIN TENER PROBLEMA ALGUNO PARA ACATAR LAS INSTRUCCIONES Y/O LLEVAR A CABO LA EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER
TEST DE PERSONA BAJO LA LLUVIA
TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE OLIVER SACKS
ESCALA DE INTELGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS III
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD MINNESOTA 2

SIENDO ASÍ, ESTOS SON LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

EN LA **ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS III**, A COMPARACIÓN DE PERSONAS DE SU RANGO DE EDAD ASÍ COMO ESCOLARIDAD LA PACIENTE OBTUVO UN CI TOTAL DE 94 EN UN FUNCIONAMIENTO PROMEDIO, OBTENIENDO UN CI EJECUTIVO DE 86 Y UN CI VERBAL DE 99. TAMBIÉN ENCONTRAMOS QUE EL ÁREA VERBAL Y DE COMPRENSIÓN SON SUS FORTALEZAS, SIN EMBARGO, MANIFIESTA UN **ÍNCIDE DE DETERIORO DE 26%** LO CUÁL ES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, YA QUE LO ESPERADO ES UN 3%. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL DESEMPEÑO DE LA PACIENTE DURANTE TODA LA PRUEBA FUE BUENO, AUNQUE, DEBIDO AL CI EJECUTIVO QUE OBTUVO, SE PERCIBE COMO UNA PERSONA IMPULSIVA Y QUE PUEDE LLEGAR A TENER DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO LO QUE PIENSA Y CONVERTIRLO EN ACCIÓN.

EN EL **INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD MINNESOTA 2**, LA PACIENTE SE MOSTRÓ SINCERA EN SUS RESPUESTAS, LLEGANDO A TENER MUY ALTA LA **ESCALA 5 (MASCULINIDAD-FEMINEIDAD, 76 PTOS)** DONDE NOS HABLA QUE POSIBLEMENTE, LA PACIENTE SEA UNA MUJER QUE RECHACE EL ROL TRADICIONAL FEMENINO O LE INTERESE ACTIVIDADES CONSIDERADAS TRADICIONALMENTE COMO MASCULINAS, ADEMÁS DE QUE PUEDE LLEGAR A MOSTRARSE DOMINANTE O AGRESIVA. LA SIGUIENTES DOS ESCALAS CON MAYOR PUNTAJE, QUE EN REALIDAD SON PUNTAJES NETOS MODERADOS, FUERON LA **ESCALA 3 (HISTERIA CONVERSIVA, 63 PTOS.)** DONDE NOS HABLA DE QUE NO SE TRATA DE UNA CONVERSIÓN COMO TAL, SINO MÁS BIEN, PUEDE REFERIRSE A QUE LA PACIENTE QUIERE DAR UNA BUENA IMAGEN DE HABILIDAD SOCIAL Y SIMPATÍA, ADEMÁS DE SER UNA PERSONA EXPRESIVA Y MORALISTA. POR ÚLTIMO, TENEMOS LA **ESCALA 8 (ESQUIZOFRENIA, 63 PTOS.)** HACIENDO REFERENCIA A QUE LA PACIENTE PUEDE TENER UN ESTILO DE VIDA POCO COMÚN, PUDIENDO LLEGAR A AISLARSE CUANDO SE SIENTE DIFERENTE A LOS DEMÁS; PUEDE RECURRIR A LA FANTASÍA COMO DEFENSA ANTE LAS SITUACIONES DESAGRADABLES, ASÍ COMO ENTREGARSE A ENSOÑACIONES, TAMBIÉN MANIFIESTA INMADUREZ EMOCIONAL, PREOCUPACIÓN POR SÍ MISMA, IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD Y ANSIEDAD CUANDO LA SITUACIÓN LO AMERITA. PROBABLEMENTE, LA PACIENTE TAMBIÉN PUEDE LLEGAR A DUDAR DE SÍ MISMA Y POSIBLEMENTE MANIFIESTE CONFLICTOS EN CUANTO A SU IDENTIDAD.

POR OTRA PARTE, LA PACIENTE TAMBIÉN PUDIESE MANIFESTAR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS QUE INCLUYEN TENSIÓN, NERVIOSISMO Y TEMORES. A PESAR DE TENER UNA EXPRESIÓN SONRIENTE TAL VEZ PRESENTE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y SENTIMIENTOS DE DESESPERACIÓN. LA PACIENTE TAMBIÉN MUESTRA FALTA DE DECISIÓN, AUN CUANDO SE TRATE DE COSAS SIN IMPORTANCIA, PUDIENDO EXPRESAR UNA GRAN VARIEDAD DE QUEJAS FÍSICAS, LAS CUALES DAN LA APARIENCIA DE SER VAGAS Y EVASIVAS. DE IGUAL MANERA, ES FACTIBLE QUE LA PACIENTE MANIFIESRE DESÓRDENES DE PENSAMIENTO, PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE, LAGUNAS DE MEMORIA, IDEAS POCO USUALES Y POCO CONVENCIONALES, ADEMÁS

DE IDEAS DESARTICULADAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES Y DISCURSOS IRRELEVANTES. ENCONTRAMOS TAMBIÉN QUE LA PACIENTE PUEDE SER UNA PERSONA INMADURA Y DEPENDIENTE, MOSTRANDO UNA NECESIDAD DE ATENCIÓN Y AFECTO MUY MARCADA.

EN EL **TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE OLIVER SACKS**, ENCONTRAMOS QUE LA PACIENTE ES EVASIVA EN MUCHOS ASPECTOS DE SU VIDA, SOBRETUDO CON COSAS QUE TIENEN QUE VER CON SU FAMILIA EXISTIENDO MUCHOS CONFLICTOS CON SU MADRE, LLEGANDO INCLUSO A COMPENSAR ESTE MALESTAR CON COSAS POSITIVAS; TAMBIÉN SE MUESTRA EVASIVA EN ASPECTOS PERSONALES, COMO POR EJEMPLO RELACIONES DE PAREJA Y CON RESPECTO A SU ESTADO DE ÁNIMO, ADEMÁS DE PROYECTAR SENTIMIENTOS DE CULPA. SIN EMBARGO EN LO SOCIAL, ENCONTRAMOS QUE LA PACIENTE PUEDE NO TENER TANTOS PROBLEMAS YA QUE, A PESAR DE CONSIDERARSE A ELLA MISMA COMO UNA PERSONA QUE LLEGA A PASAR MUCHO TIEMPO ENSIMISMADA EN SUS PROBLEMAS, LE GUSTA TENER AMIGOS Y TENER ALGO CON QUE DISTRAERSE, POR MUCHO QUE ESTE TIPO DE RELACIONES SEAN SUPERFICIALES.

EN EL **TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER**, LA PACIENTE PROYECTA UN GRADO CONSIDERABLE DE INFANTILIDAD, ORALIDAD, DEPENDENCIA, SE PUEDE LLEGAR A ALEJAR DEL MUNDO ADULTO DESEANDO QUE OTROS VEAN POR ELLA, BÚSQUEDA DE IDENTIFICACIÓN CON LA FIGURA FEMENINA, MORALIDAD ALTA, ASÍ COMO LLEGAR A SER MUY SENSIBLE A LAS CRÍTICAS. TAMBIÉN ENCONTRAMOS CONFLICTOS EMOCIONALES Y PREOCUPACIONES MENTALES, UN TANTO FANTASIOSA, CON MUCHA DEMANDA AL OTRO (SOBRETUDO DE AMOR), INMADUREZ EMOCIONAL Y SEXUAL, AGRESIÓN REPRIMIDA, EGOCENTRISMO; MUCHA DEMANDA HACIA SU MEDIO EXTERIOR, MÁS EN EL ASPECTO SOCIAL, DONDE PROBABLEMENTE NOS HABLE DE QUE LA PACIENTE SÍ TIENE AMISTADES PERO DE TRATO MUY SUPERFICIAL. PROYECTA TAMBIÉN ANSIEDAD EN CUANTO A SU SEXUALIDAD Y HACIA LA FIGURA MASCULINA.

EN EL **TEST DE PERSONA BAJO LA LLUVIA**, ENCONTRAMOS PRINCIPALMENTE NECESIDAD DE MOSTRARSE, DE SER RECONOCIDA SOCIALMENTE, AUTOEXPANSIVIDAD, GRANDES ÍNDICES DE AGRESIVIDAD, TEATRALIDAD, MUCHA INFANTILIDAD, ALGUNOS RASGOS DEPRESIVOS, NECESIDAD DE AFECTO, SIENDO SU FUENTE PRINCIPAL DE SATISFACCIÓN LA FANTASÍA. LA PACIENTE TAMBIÉN PROYECTA PRESIONES POR PARTE DE SU ENTORNO QUE PUEDEN LLEGAR A DERRUMBARLA Y A SU VEZ, TIENE HERRAMIENTAS QUE LA AYUDEN A SALIR ADELANTE; TAMBIÉN PROYECTA RESTRICCIONES LAS CUALES PUEDEN SER DE ÍNDOLE REGRESIVA, NECESIDAD DE PROTECCIÓN, ANGUSTIA SOBRE EL FUTURO, SOBRECENSAACIÓN, SIEMPRE A LA DEFENSIVA DE LAS PERSONAS AUTORITARIAS, POSIBLE FABULACIÓN, INMADUREZ EMOCIONAL, EGOENTRISMO, DESARMONÍA ENTRE EL INTELLECTO Y LA EMOCIÓN.

DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL SE LE HA OBSERVADO MÁS TRANQUILA, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO RECOSTADA EN SU CAMA; ÚLTIMAMENTE YA SE LE VE DE MANERA CONTINUA PLATICANDO CON ALGUNAS DE SUS COMPAÑERAS. ESTA SEMANA NO ACUDE A ASAMBLEA. LA PACIENTE NO HA SIDO REPORTADA CON PROBLEMAS PARA TOMAR SU MEDICAMENTO NI SU COMIDA, TAMPOCO POR SUS COMPAÑERAS. SU ALTA ESTÁ PREVISTA PARA ESTE VIERNES. SE ESTARÁ AL TANTO DE LAS INDICACIONES DE SU MÉDICO TRATANTE.