



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios superiores Iztacala

“Alternativas de tratamiento psicológicas para personas que sufren trastornos psicóticos.”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Vanesa Iparrazar Pérez.

Director: Lic. **Víctor Manuel Alvarado García.**
Dictaminadores: Lic. **Cesar Roberto Avendaño Amador.**
Lic. **Mayra Eréndira Nava Becerra.**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Octubre 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Víctor: por siempre estar y recibirme en mis varios intentos para concluir mi trabajo; por esos “*generosos textos e instantes*”...

Papá: por enseñarme a reír, a abrazar y a amar; por mostrarme la bondad, la humildad y el camino para lograr mis objetivos de manera independiente. De ti aprendo el amor, la complicidad y la amistad para mis hermanas. “Eres el mejor recuerdo de mi infancia”. ¡Te amo muchísimo, eres lo mejor! 😊

Mamá: por sembrar en mi el deseo de estudiar y no depender de nadie para ser feliz; por tu fortaleza en todo momento y tu valentía. Valoro mucho tu amor y cuidados. Siempre estás en mi corazón. ¡Te amo!

Liz: por escogerme para estar contigo desde el inicio y nacer conmigo, gracias por ser mi cómplice todo el tiempo y estar siempre en mi vida; por permitirme vivir a tu lado y compartir a Arath.

Alejandra: por ser mi hermana mayor, por tu autenticidad y honestidad, por tu tiempo y tus llamadas.

A ti: por compartir tu vida conmigo en estos momentos, por no dejarme caer y motivarme a seguir adelante; por cuidarme cuando la salud falla; por todas las emociones y sentimientos nuevos a tu lado. Gracias por creer en mí y por Danilo. ¡Gracias Willy!

Tío “Pepe”: por siempre estar cuando algo me duele, por entenderme en silencio, por siempre recibirme y acompañarme en mis locuras. Por ser el tío más guapo. ¡Te quiero mucho!

Tía Isabel: por estar a pesar de la distancia, por permitirme darme cuenta de que me puedo acercar a ti sin problema y por tu apoyo cuando lo necesito.

Familia López Macías: sin su apoyo no estaría escribiendo estas líneas. Son un bonito recuerdo lleno de amor.

INDICE.

Introducción.5.

CAPÍTULO 1.

PSICOSIS CONSIDERACIONES GENERALES.

1.1. Breve historia.11.

1.2. Definición.15.

1.3. Posibles causas.16.

1.4. Síntomas.18.

1.5. Clasificación.19.

1.6. Diagnóstico.21.

1.7. Tratamiento psiquiátrico.27.

CAPITULO 2.

LUGAR DE LA PSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA ANTE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

2.1 Introducción al capítulo.33.

2.2 Los aspectos psicológicos de la medicina en las enfermedades mentales.34.

2.3 Relación entre Psicología y Medicina.37.

2.4 Autoridad prescriptiva para los psicólogos y el sistema de salud.40.

2.5	Tratamientos combinados y no combinados.	47.
-----	---	-----

CAPITULO 3.

ALTERNATIVAS PSICOLÓGICAS ACTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS.

3.1.	Introducción al capítulo.	52.
3.2	Teoría Psicoanalítica.	56.
3.2.1.	Ejemplo de un caso.	67.
3.3.	Teoría Cognitivo Conductual.	76.
3.3.1.	Ejemplo de un caso.	82.
3.4.	Teoría humanista.	87.
3.4.1.	Ejemplo de un caso.	96.

CAPÍTULO 4.

COINCIDENCIAS Y CONTRASTES ENTRE DICHAS ALTERNATIVAS.

4.1.	Comparación.	105.
------	-------------------	------

CAPITULO 5.

CONCLUSIONES.	118.
---------------	-------	------

BIBLIOGRAFÍA.	125.
---------------	-------	------

ANEXOS.	133.
---------	-------	------

INTRODUCCIÓN.

La psicosis ha sido definida de acuerdo al DSM-IV (1995 p.279), como la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Así, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Wolman (1999 p. 275), la define como un trastorno mental que interfiere seriamente en las funciones generales de la vida.

Por su parte, la OMS, en su GUIA DE INTERVENCION mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada del 2010, la define como una conducta anormal o desorganizada (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual y/o descuidada, abandono de sí mismo), en que se pueden presentar diferentes manifestaciones, como: Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas); alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen); descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales; síntomas maníacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario). Caracterizándola por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Pueden presentar lenguaje incoherente o ilógico. Se pueden observar anormalidades graves de conducta, tales como desorganización, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).

Por lo tanto, la psicosis es un síndrome con una mezcla de síntomas que se pueden asociar a varios trastornos psiquiátricos diferentes entre sí, como lo son: la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias, el trastorno esquizofreniforme,

el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante primario, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico compartido y trastorno psicótico debido a una condición médica. Su diagnóstico está basado únicamente en la sintomatología mencionada anteriormente y en su tiempo de duración, de acuerdo al DSM y el CIE en todas sus versiones, argumentando que en todo paciente debe realizarse un “diagnóstico inicial completo” cuya sintomatología solo es cuestionable en la historia clínica (individual y familiar), médica y psicosocial. A reserva de que se tenga un diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos para determinar si el trastorno psicótico es debido a una enfermedad médica etiológicamente relacionada a ésta, a través de una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores, haciendo una relación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico. O si es inducido por el uso de sustancias.

Así las cosas, si partimos del hecho de que en un paciente con trastornos psicóticos queda descartado que su origen sea por una enfermedad médica o por el consumo de sustancias, es decir; que los trastornos psicóticos no son consecuencia de un mal funcionamiento fisiológico, ¿hasta a dónde le compete únicamente al psiquiatra diagnosticar y tratar a pacientes con dichos trastornos? Tomando en cuenta que el papel del psicólogo es trabajar con la conducta del ser humano, generando alternativas de tratamiento psicológicas en espacios formativos que propicien de nuevo su adaptación al medio que les rodea

En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con el 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa el 20%. Estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan el 11.5% del total de enfermedades. En un análisis realizado por la OMS desde 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a “trastornos mentales”, ya que estiman que aproximadamente 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos.

Así, el impacto de la depresión sobre los AVAD representa el 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones auto-infringidas con el 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con el 13%, la dependencia al alcohol representa el 12%, la epilepsia con el 9%, *psicosis con el 7%*, farmacodependencia y estrés postraumático con un 5% cada uno y el 16% corresponde a otros padecimientos.

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales, que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica en el 2009, presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. En este reporte, sugieren que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 años para los relacionados con el uso de sustancias y 26 años para los trastornos del estado de ánimo.

En la República Mexicana, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones SISVEA (2012), realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Por su parte, la Secretaría de Salud en México elaboró el programa de acción específico de Atención en Salud Mental 2007-2012, con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación. Y es en ese año que se inicia en México la Integración de una Red Nacional de Salud Mental conformada por Unidades Especializadas de Atención (UNEMES) organizadas bajo un modelo comunitario, en donde se pretende que funcionen como el eje que estructure la atención ambulatoria y comunitaria de salud mental. Cuyos objetivos es establecer equipos multidisciplinarios que ofrezcan una

atención integral y que tengan la posibilidad de considerar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de los usuarios (IESM-OMS 2011).

Si bien es cierto no existe una ley nacional específica para la salud mental, sin embargo, en la Ley General de Salud se incluye un capítulo dedicado a la salud mental. Así, del total del presupuesto asignado a la salud solo el 2% es orientado a la salud mental a pesar de que la recomendación de la OMS es que sea del 10%. De este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos. Y dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas. A pesar de que la OMS considera los trastornos mentales como una enfermedad incapacitante al representar el 13% de esa población.

La Organización Mundial de la Salud define la “**salud mental**” como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

Como lo he mencionado anteriormente, la psicosis se caracteriza como un desorden mental grave que se contrapone con la definición de salud mental definida por la OMS, ya que desconecta al individuo psicótico de la realidad, pudiendo poseer un pensamiento desorganizado, sentir miedos infundados, confusión, excitación, depresión, cambiar su personalidad y sufrir en ciertos casos delirios o alucinaciones, sin que el sujeto tome conciencia de su situación anormal. Todo esto le impide tener un comportamiento que se corresponda con las exigencias sociales, familiares, laborales, y en general las relaciones sociales normales. Aun cuando existen algunas disposiciones legislativas para contratar un porcentaje de empleados discapacitados, son pocas las empresas o instituciones públicas que implementan esta política, ya que es un tema relacionado con la protección contra la discriminación (despidos, salarios bajos) y el aseguramiento o

subsidio de vivienda, ya que las personas con psicosis tienen un alto riesgo de exposición a violaciones de los derechos humanos.

Tomando en cuenta lo anterior, el 1 de Junio del 2007 en Ginebra la OMS señala la urgente necesidad de que los países dispongan de una red de servicios comunitarios de salud mental. Sin embargo, México a pesar de la creación de las UNEMES en el mismo año, se encuentra rezagado en la atención que brinda, porque si bien se estima que alrededor del 15% de la población del país padece algún trastorno mental, sólo 2.5% de los pacientes se encuentran bajo supervisión de algún especialista, debido a que el número total de recursos humanos que trabaja en la salud mental asciende a los 10,000, y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.

De ahí la importancia de generar alternativas de tratamiento psicológicas para personas que padecen trastornos psicóticos, en un espacio formativo en donde encuentren un territorio para *incorporarse* a la sociedad que les ha tocado vivir, ya que es un segmento de la población carente de los servicios y atenciones necesarias para su desarrollo.

Como no hay alternativas sistemáticas de tratamiento y acompañamiento psicológico en México para personas que sufren trastornos psicóticos, debido a que de esta tarea solo se ha encargado el área psiquiátrica dejando a los psicólogos subordinados a su quehacer, resulta fundamental identificar las alternativas que se han generado desde la psicología ante estas problemáticas y consolidar una perspectiva no subordinada a la psiquiatría. Es importante empezar a generar alternativas de conocimiento y tratamiento en la FES Iztacala ante las condiciones que viven una gran cantidad de personas con *trastornos mentales*, ya que no es un tema revisado en ninguna asignatura y sería importante dejar un antecedente de manera introductoria. Una parte importante para ello, tiene que ver

con la identificación de las alternativas que se han gestado en los últimos años, en la lógica comunitaria desde las corrientes psicoanalíticas, cognitivo-conductuales y humanistas. Ante ello: el objetivo general del trabajo es la identificación de alternativas contemporáneas para el tratamiento de psicóticos desde la psicología.

1. PSICOSIS: CONSIDERACIONES GENERALES.

1.1. Breve historia.

Empezaré por presentar un esbozo general de la historia de la locura, ya que generalmente tendemos a confundir la psicosis con este término, debido a que la definición y/o descripción de ambas tienen muchos puntos en común.

En base a esta necesidad de responder ¿qué es la locura?, en cada época la han explicado de manera diferente. Comenzando por Celso¹, que consideraba que la locura existía cuando la mente quedaba a merced de la imaginación y era descubierta por la consecuencia de sus actos. Platón² afirmaba que había un dualismo psicofísico y que el trastorno mental tenía lugar cuando el ejercicio de la inteligencia era sustituido por la persecución de la satisfacción de los deseos corporales y las ambiciones mundanas. En el Periodo Clásico suponían que había un sustrato material para la psique llamada “neuma”, que se transportaba por la sangre y ayudaba a las funciones psicológicas y fisiológicas porque se iba depurando conforme se desplazaba por el cuerpo, empezando por los órganos digestivos hasta llegar al cerebro y de no realizar su función correctamente detonaba conductas anormales. Galeno³ desarrolló aún más estas ideas y no categorizaba a la enfermedad como corporal o mental, creía que había un proceso de regulación corporal, consecuencia de un equilibrio entre cuatro humores o fluidos en la sangre (sanguis) fabricada por el corazón; la bilis amarilla (choler)

¹ Médico Romano, siglo I d. C.

² Filósofo Griego 427-347 a. C.

³ Médico Griego 129-198 d. C.

producida por el hígado; la bilis negra (melancholer) creada por el bazo y la flema debida al cerebro. Cada uno de ellos poseían atributos asociados a 4 elementos que se pensaba formaban al mundo: aire, fuego, tierra y agua respectivamente, con sus características correspondientes: cálido y húmedo, caliente y seco, fría y seca, y fría y húmeda. Dicho equilibrio era vulnerable a cambios como la alimentación, el clima, el envejecimiento etc. Sin embargo, cada individuo mantenía su propio equilibrio y reflejaba el predominio de un humor, que a su vez proporcionaban cuatro temperamentos diferentes: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. Así, al perder dicho equilibrio se daba lugar a la existencia de la enfermedad física o mental (locura), y el médico al hacer la exploración determinaba qué humor estaba desequilibrado, por ejemplo el neuma combinado con la flema producida por el cerebro se almacenaba en los ventrículos cerebrales y ocasionaba la epilepsia (Carballo 2011).

En la Edad Media, el Renacimiento y la Reforma, creían que la locura en todas sus versiones era causada por demonios o espíritus malévolos que poseían a una persona, y los sometían a exorcismos. Locke⁴ por su parte creía que en el pensamiento normal una idea sigue a otra por medio de conexiones racionales o naturales y, si lo hacen de manera fortuita, surgía el trastorno mental o en otras palabras “el razonamiento imperfecto” (Carballo 2011).

No fue sino hasta finales del siglo XVIII que se reconocía que las anomalías sensoriales y motoras se debían a defectos estructurales del sistema nervioso, y que los procesos psicológicos eran manifestaciones de una mente pensante, unitaria y consciente. Ya en el siglo XIX, la investigación en neurofisiología establecía la importancia del cerebro como el órgano del pensamiento y la conducta. Así, la psicopatología representaba una morbilidad del sistema nervioso central causada por defectos hereditarios, enfermedad, desnutrición, toxinas, etc. Sin embargo, en la mayoría de los trastornos mentales la autopsia había sido incapaz de descubrir lesiones específicas o estructuras patológicas del cerebro

⁴ Filósofo (1632-1674).

que estuvieran correlacionadas con la enfermedad, lo que sugería que las causas de la locura podrían no ser somáticas y, por lo tanto, *los médicos especializados en psiquiatría no podrían reclamar una competencia exclusiva en el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos*. Finalmente, Moseley⁵ en 1938 admitió que la enfermedad en el órgano del cerebro ya no en la mente es la causa de las enfermedades nerviosas y así acepta la locura (Carballo 2011).

Por su parte, los orígenes del concepto “psicosis” datan del siglo I d. C. en donde Areteo de Capadocia la estableció como una forma de locura (melancolía), un tanto parecida a la idea de Galeno, causada por la bilis negra, misma que en sus palabras subía por el estómago provocando ventosidades, así cuando se agravaba la enfermedad afectaba el cerebro por la vía simpática⁶, dando lugar a la aparición de la manía o psicosis maniaco depresiva. Por su parte, Chiarugi en 1781 propuso que en dicha enfermedad había diversos estados psíquicos en tres formas de locura: melancolía, manía y demencia.⁷ Guislain, un siglo después, coincidía en los tres puntos anteriores de Chiarugi, solo que antepuso las ideas delirantes seguidas de la demencia, en otras palabras primero aparecían los trastornos de sentimientos seguidos de los de la razón. Otro autor que hablaba de perturbaciones afectivas y del pensamiento fue Griesinger, quien decía que la melancolía y la manía eran parte de las primeras y la paranoia y la demencia de las segundas. Por su parte, Zeller en el mismo siglo (1840) consideraba que la melancolía era fundamental en la mayor parte de las enfermedades mentales, por lo tanto la manía, la paranoia y la demencia eran agravaciones sucesivas de la primera. Y Neuman, en 1859, afirmaba que un *estadium* maniaco estaba formado en un primer momento por la distimia melancólica, seguida por la confusión o paranoia y la demencia (Moya 1999).

⁵ Médico británico.

⁶ Referente al Sistema Nervioso Simpático.

⁷ Delirio con alteraciones cognoscitivas y volitivas.

De igual manera, a mediados del siglo XIX Hoffmann y Snell proponen un nuevo concepto del término, ya que para ellos la paranoia no siempre tendría un carácter secundario a la melancolía, abriendo el camino a la “paranoia primaria” definiéndola como un trastorno en el cual los afectos tienen un papel poco relevante. Hasta que Kraepelin se atreve a afirmar que se sabe que se está ante una enfermedad mental cuando se conocen sus causas, manifestaciones, curso y terminación. Afirmando la imposibilidad de delimitar la psicosis maniaco depresiva y la demencia precoz. (Moya 1999).

Así, Karl Friedrich Constatt (Rivera 2012), la utilizó como abreviatura de la “neurosis psíquica”, haciendo referencia a cualquier enfermedad de sistema nervioso, por lo tanto refería a un “síntoma de la enfermedad de cerebro”. No es hasta 1845, que el psiquiatra austriaco Ernest Von Feuchtersleben *sustituye el término locura por psicosis, para referirse a las manifestaciones psíquicas de las enfermedades del alma*. Ya que el origen de la palabra psicosis viene del griego “psique” que significa del alma y “osis” que hace referencia a la condición anormal.

Tomando en cuenta que la psicosis es considerada como una “conducta anormal o patológica”, Carballo -en su Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 1 (Reimpresión del 2011)-, menciona que a lo largo de los siglos se ha intentado responder ¿qué es la locura?, y en todas las descripciones históricas de “loco” u “orato”, hacen referencia a conductas notablemente desviadas (desaliño extremo, juicio pobre, alucinaciones, ideas delirantes extrañas, apatía o hilaridad extremas, conductas perturbadoras, suicidas u homicidas) que hoy en día denominamos psicosis, así como otras enfermedades que asociadas a daños en el sistema endocrino y nervioso central producían melancolía, depresión crónica, manía y paranoias.

1.2. Definición.

La psicosis ha sido “definida” de acuerdo al DSM-IV (APA 1995 p. 279), como la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Así, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Wolman (1999 p.275), la define como un trastorno mental que interfiere seriamente en las funciones generales de la vida.

Por su parte, la OMS, en su -GUIA DE INTERVENCION mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada del 2010 p. 18-, la define como una “conducta anormal o desorganizada” (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual y/o descuidada, abandono de sí mismo), en que se pueden presentar diferentes manifestaciones, como: Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas); alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen); descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales; y síntomas maníacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario). Caracterizándola por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Se puede presentar lenguaje incoherente o ilógico, así como observar anormalidades graves de conducta, tales como desorganización, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal). La psicosis es un trastorno mental *mayor*, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro de la capacidad de pensar, de responder emocionalmente, de recordar, de comunicar y de interpretar la realidad.

1.3. Posibles causas.

Determinar las “posibles causas” de este trastorno sería irresponsable ya que actualmente no se dispone de datos confiables acerca de la prevalencia, incidencia, distribución por sexo o por edad del comienzo del trastorno, debido a que ésta depende más de la impresión clínica. Se cree que es más común en jóvenes, en estratos socioeconómicos bajos, vulnerables al estrés, a un acontecimiento de la vida, al ambiente familiar; también en personas que han cambiado bruscamente de ambiente sociocultural, como ocurre con los inmigrantes.

Diversos autores consideran que la psicopatología preexistente es un factor predisponente para el desarrollo de estos cuadros, y los pacientes con trastornos de personalidad son los que estarían especialmente expuestos, ya que podrían conjugarse en ellos “vulnerabilidades” biológicas y psicológicas para desarrollar síntomas psicóticos.

Así, el pensar en posibles causas de la psicosis solo nos permite hacerlo a manera de hipótesis, y dentro de las biológicas centradas en la esquizofrenia por ser la manifestación más común, Colodron (2002) menciona las siguientes:

- *Hipótesis genética*: hay estudios que demuestran que la presencia del cuadro en una familia aumenta la probabilidad de aparición del trastorno y es más notorio en gemelos.
- *Hipótesis inmunoviral*: hace referencia a que puede ser causada por una infección (aunque es muy poco convincente), ya que solo considera como causante a un virus.
- *Hipótesis de las complicaciones gestacionales y perinatales*: son los niños que nacen con complicaciones tienen mayor probabilidad de presentarla.
- *Hipótesis neurobiológicas*: La teoría etiológica más defendida en el pasado sostiene que la esquizofrenia se produce por un defecto estructural o

funcional en algún sistema orgánico o en algún mecanismo bioquímico como la transmisión dopaminérgica, de las catecolaminas, de la serotonina, de la MAO (monoaminoxidasa, que es un inactivador de la serotonina), entre otras.

- *Hipótesis estructurales*: Se refieren a alteraciones estructurales a nivel macroscópico y microscópico. La base de estas hipótesis es dudosa, ya que se basa en que algunos pacientes esquizofrénicos tienen los ventrículos laterales del cerebro dilatados.

Por otro lado, muchas sustancias y afecciones médicas pueden causar psicosis, que de acuerdo al DSM IV TR (APA 2000) son:

- Alcohol y ciertas drogas ilegales, tanto durante su consumo como durante la abstinencia.
- Tumores o quistes cerebrales.
- Demencia (incluyendo el Alzheimer).
- Enfermedades cerebrales degenerativas, como el mal de Parkinson, la enfermedad de Huntington y ciertos trastornos cromosómicos.
- VIH y otras infecciones que afectan el cerebro.
- Algunos fármacos de venta con receta, como esteroides y estimulantes.
- Algunos tipos de epilepsia.
- Accidente cerebrovascular.

Sin embargo, lo que si podemos inferir de acuerdo con Eaton (1985) citado en Carballo (2011), es que alrededor de un 1% de la población se verá afectada por esquizofrenia –en la cual se presenta la psicosis– en el curso de su vida.

1.4. Síntomas.

El malestar que produce este trastorno es tan invasivo que perjudica el funcionamiento “normal” del individuo, paraliza su actuar, no le permite comportarse de manera acorde a la realidad, y en ocasiones llega a hacerse necesaria la hospitalización. Sus síntomas pueden encontrarse en otras dolencias, (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, el delirium inducido por sustancias y el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos), pero no son una característica definitoria.

Los siguientes síntomas sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico, cuya clasificación dependerá de sus manifestaciones en el tiempo (OMS 2010).

- Pensamiento y discurso desorganizados.
- Creencias falsas que no están basadas en la realidad (delirios).
- Ver, escuchar o sentir cosas que no existen (alucinaciones).
- Pensamientos desordenados.
- Cambios bruscos y profundos de la conducta.
- Replegarse sobre sí mismo, sin hablar con nadie.
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra.
- Hablar a solas (soliloquio) creyendo tener un interlocutor, oír voces, tener visiones (alucinaciones visuales, auditivas) sin que existan estímulos.
- Tener períodos de confusión mental o pérdida de la memoria.
- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión.

Por lo tanto, la psicosis es un síndrome con una mezcla de síntomas que se pueden asociar a varios trastornos *psiquiátricos*, como lo son: la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante primario, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico compartido y el trastorno psicótico debido a una condición médica.

1.5. Clasificación.

La descripción, estructura, diferenciación y clasificación de las enfermedades se ha logrado gracias a la Nosología, misma que pone en evidencia que una clasificación apropiada en psiquiatría es difícil de lograr ya que la caracterización y el reconocimiento de las entidades clínicas se basan fundamentalmente en *la descripción de síntomas y en la observación de conductas*, al no contar en la mayoría de los casos con exámenes de laboratorio utilizados en otras especialidades médicas.

Así las cosas la historia de las clasificaciones en psiquiatría deja ver las carencias de las bases científicas de tales esfuerzos y sus no siempre consistentes resultados. Debido a que su esfuerzo por clasificar responde a la evaluación de parámetros sin relación⁸, propuestas por países europeos (Francia, Alemania, Italia, Inglaterra y España) y basadas fundamentalmente en las concepciones elaboradas por figuras destacadas de la psiquiatría en cada uno de ellos (Carballo 2011).

Es así como surgen los dos principales sistemas de clasificación en psiquiatría: La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE propuesta por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico, de la Asociación Psiquiátrica Americana, en sus siglas DSM; ambos en sus diferentes versiones.

La **CIE**, es el resultado del análisis de casos clínicos por un grupo de expertos de diversos países, con revisión cada siete años, que consta de 11 secciones correspondientes a los siguientes trastornos:

- Orgánicos.
- Debido al consumo de sustancias psicoactivas.
- Esquizofrénicos y esquizotípicos.
- Afectivos.
- Neuróticos.

⁸ Tales como el curso clínico, historia familiar, respuesta al tratamiento o resultados de test psicológicos.

- Relacionados con el estrés.
- Asociados con trastornos fisiológicos y de factores físicos.
- De personalidad.

Y a los siguientes factores:

- Retraso mental.
- Retraso del desarrollo psicológico
- Retraso de inicio en la niñez y la adolescencia.
- Y no especificados.

Además incluye un total de 100 categorías diagnósticas mayores que a su vez agrupan a 329 entidades clínicas individuales, en donde la consistencia del diagnóstico puede variar desde fiable hasta provisional o tentativa catalogación que depende en mucho del juicio clínico.

Por su parte el DSM, fue auspiciado por la Academia de Medicina de Nueva York, se publicó por primera vez en 1932, con la intención de mantener un interés en los profesionales clínicos (psiquiatras, psicólogos, investigadores y otros profesionales de la salud), que les permitiera desarrollar proyectos de investigación y actividades educativas. Por ello es presentado en un lenguaje claro, accesible y breve; con la posibilidad de ser usado por todos.

Consta de 16 diferentes secciones para el diagnóstico, en donde cada trastorno tiene sus propios criterios; rasgos (relacionados con la edad, cultura, sexo; prevalencia, incidencia, riesgo, curso clínico, complicaciones, patrón familiar, y diagnóstico diferencial); trastornos asociados; y factores preponderantes. Además incluye una última sección que habla de las condiciones que pueden ser centro de atención clínica. Este manual define el trastorno o enfermedad mental enfatizando los componentes psicológicos y conductuales del cuadro clínico y la disfunción subyacente que producen en conjunto malestar y múltiples incapacidades. Mantiene agrupaciones basadas en similitudes fenomenológicas, en la edad de inicio y en el origen del cuadro, pero su elección depende de una serie de factores extra-clínicos, tales como la necesidad de simplificar el lenguaje o de facilitar el

uso del sistema, permitiendo así un diagnóstico diferencial más accesible y práctico.

Por otro lado, existen históricamente muchas clasificaciones, algunas de las cuales se establecían en función de ser cuadros delirante-alucinatorios (por ejemplo, las esquizofrenias) o no alucinatorios (por ejemplo la paranoia), en psicosis delirantes verosímiles o inverosímiles, bien o mal sistematizadas, en relación a su irrupción como proceso o desarrollo, etc. Ya que por lo general el sujeto carece de introspección acerca de la naturaleza extraña o extravagante que puede adoptar su conducta o sus pensamientos, los que terminan por provocar una grave disfunción social.

1.6. Diagnóstico.

El diagnóstico es el proceso que, con base en la cuidadosa observación de las características clínicas de un enfermo y en la recogida de una serie de información relevante procedente de diversas fuentes, permite etiquetar la condición clínica (poner nombre a la enfermedad) y formular hipótesis en torno a su etiología y patogenia, orientando así al profesional a la adopción de un tratamiento adecuado; y posibilitando una estimación pronóstica bien informada (Nurcombe y Gallagher, 1986; Cooper 1983, citado en Carballo 2011).

Sin perder de vista esta definición, el DSM IV (APA 1995 p. XXII) advierte que “la correcta aplicación de los criterios diagnósticos que describe, requiere de un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas debido a que su diagnóstico está basado únicamente en la sintomatología antes mencionada y en su tiempo de duración,” Es por ello que el DSM y el CIE en todas sus versiones, argumentan que en todo paciente debe realizarse un “diagnóstico inicial completo”, cuya sintomatología solo es cuestionable en “la

historia clínica” psiquiátrica (individual y familiar), médica y psicosocial. Así las cosas, la entrevista psiquiátrica se ha hecho más activa con el empleo de preguntas precisas, claras y denotativas; la psiquiatría clínica enfatiza más los aspectos descriptivos y demostrables de la conducta anormal que las interpretaciones subjetivas en torno a su ocurrencia; y la investigación se ha enriquecido con el uso de categorías diagnósticas definidas con mayor precisión y con su medición a través de instrumentos (inventarios, escalas, entrevistas estructuradas) especialmente diseñados. A reserva de que se tenga un diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos para determinar si el trastorno psicótico es debido a una enfermedad médica etiológicamente relacionada a ésta, a través de una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores, haciendo una relación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico, o si es inducido por el uso de sustancias.

De ahí la importancia de saber que en el DSM-IV-TR (APA 2000), en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término “psicótico” hace referencia a ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico, debido a una enfermedad médica y el trastorno psicótico inducido por sustancias, “psicótico” se refiere a ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Y, finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, “psicótico” es equivalente a delirante.

Resumiendo, **la psicosis es un síndrome con una mezcla de síntomas que se pueden asociar a varios trastornos psiquiátricos diferentes entre sí, como lo son:**

- *Esquizofrenia:* es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de la fase activa.
- *Trastorno esquizofreniforme:* se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración: 1 a 6

meses; y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

- *Trastorno esquizoafectivo*: es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
- *Trastorno delirante*: se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- *Trastorno psicótico breve*: es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.
- *Trastorno psicótico compartido*: es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.
- *Trastorno psicótico debido a una condición médica*: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- *Psicosis inducidas por sustancias*: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.
- *No especificada*: se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

Y para determinar cada uno de ellos, el DSM IV (1995) propone cuestionarios⁹ que deben ser respondidos en la elaboración de la historia clínica. Apoyados en la medida de lo posible en exámenes de laboratorio, gammagrafías y resonancias magnéticas del cerebro, exámenes toxicológicos, análisis de sangre

⁹ Ver anexo 1.

para niveles de hormonas y electrolitos anormales, análisis de sangre para sífilis y otras infecciones que, a pesar de no ser necesarias, en todos los casos pueden ayudar a determinar con precisión el diagnóstico exacto.

Vázquez y Muñoz (2004), en su -Entrevista Diagnóstica en Salud Mental-, proponen un “esquema de sondeo” tomando en cuenta la entrevista estructurada CIDI,¹⁰ el índice de Katz,¹¹ el SF-12,¹² la escala breve de calidad de vida¹³ y el mini mental de Folstein¹⁴ llamado sondeo de enfermedades, el cual puede ser utilizado sistemáticamente para cada síntoma o de manera relajada cuando se sospeche que un síntoma dado tiene un origen orgánico. Tomando en cuenta que muchas enfermedades o problemas pueden afectar el estado mental como la Intoxicación por alcohol, ciertas drogas y medicamentos, encefalopatía -ya sea crónica o aguda-, traumatismo craneal o conmoción cerebral, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurológicas, abstinencia de narcóticos y barbitúricos, etc.

Plantean un esquema básico para la “exploración inicial” que, a pesar de ser rápida e incompleta, es de mucha utilidad para tomar las primeras impresiones diagnósticas. Y para ello proponen:

- una observación en los primeros segundos de contacto personal de los siguientes puntos:

¹⁰ Para cada síntoma presente se determina su naturaleza; “psicógena” u “orgánica” y se efectúa un sondeo del mismo.

¹¹ Ver ejemplo en anexo 2.

¹² Que es una versión reducida del SF-36 Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1).Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Rango 0 es el peor estado de salud para esa dimensión hasta 100 el mejor estado de salud.

¹³ Es una prueba versátil y de autoaplicación diseñada para detectar alteraciones psiquiátricas no-psicóticas en el contexto comunitario. Detecta la incapacidad para llevar a cabo las funciones normales y la aparición de trastornos nuevos. Esta prueba no es diagnóstica pero puede utilizarse para detectar trastornos agudos.

¹⁴ Detecta deterioro cognitivo y vigila su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente ancianos

Apariencia.	Conciencia.	Actividad psicomotora.
Sexo, edad, grupo étnico, estado nutricional, higiene, vestido.	Alerta, letargia, estupor, coma.	Postura, movimientos psicomotores, movimientos que expresen afecto: faciales y corporales, contacto ocular, movimientos anormales.

Tabla 1. Sondeo de enfermedades, observación en los primeros segundos Vázquez y Muñoz (2004).

- Una exploración mediante una conversación informal, explorando:

Atención.	Lenguaje.	Pensamiento.	Orientación.	Memoria.	Afecto.
Atención general mantenida, focalizada, selectiva.	Articulación, ritmo, fluidez. Palabras, gramática. Velocidad, tono, inflexiones. Aspectos formales. Lenguaje y afecto.	Concreto. Dispersión. Capacidad de asociación, preservación, verbigeración, bloqueos y cambios bruscos, fuga de ideas, incongruencias, divagación, disgregación y mezcla de palabras.	Espacio-tiempo actual. Vital e histórica.	Corto plazo, largo plazo, biográfica, temas sociales, distorsión, falsas memorias, (deja-vu). Amnesias.	Autopercepción, comunicación, motivación, respuestas automáticas, postura, movimientos faciales, (micro expresiones,) habla, tono de voz, cualidad, intensidad, duración. Estado de ánimo (afectos más duraderos).

Tabla 2. Sondeo de enfermedades, exploración mediante una conversación informal, Vázquez y Muñoz (2004)

- Exploración mediante pruebas mentales, respecto de si hay coherencia entre los síntomas y la entrevista y no se tiene suficiente evidencia de la condición del paciente, valorando aspectos como el estado de ánimo, la inteligencia, el nivel de energía, la percepción sensorial y social, la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio.

También proponen un “sondeo de enfermedades médicas y síntomas psicóticos”, aplicada al libre albedrío del clínico que la esté realizando, con el fin de no hacerlo engorroso y reducir los diagnósticos falsos positivos. Aplicable ante cualquier síntoma o condición orgánica haciendo preguntas al respecto del síntoma.¹⁵

Específicamente, para la psicosis proponen una guía para la entrevista de detección en dónde únicamente toman en cuenta los síntomas positivos (conductas, emociones y cogniciones que no deberían estar presentes pero lo están) delimitados por el DSM IV TR (APA 2000) y el CIE-10 (OMS 1992), olvidando los negativos (conductas, emociones y cogniciones que deberían estar presentes pero no lo están, se manifiesta un tipo de funcionamiento no por exceso sino por defecto), como son los delirios, las alucinaciones y la conducta extraña o extravagante.¹⁶

Se debe preguntar:

- ¿Alguna vez ha escuchado voces o visto cosas que otras personas no podían oír o ver?
- ¿Ha sentido que le espían, le persiguen o quieren hacerle daño los demás?
- ¿tiene usted algún tipo de ideas de las que no quiere hablar con la gente porque teme que piensen que usted está loco?

Se debe observar:

Arreglo personal, desconfianza, timidez injustificada, hablar extraño, lógica extraña, etc.

¹⁵ Ver anexo 3.

¹⁶ Ver anexo 4.

Por lo tanto, el Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del 2009, propone un diagnóstico que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- Exploraciones complementarias para descartar trastornos que asemejen un trastorno psicótico incipiente, esquizofrénico, trastornos asociados, establecer características basales para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientarla asistencia médica habitual en caso necesario. El riesgo de autolesiones o causar daños a terceros, y la presencia de alucinaciones de órdenes deben ser evaluadas y tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas.

1.7. Tratamiento psiquiátrico.

El tratamiento de una psicosis depende del origen que tenga, pero en general, en la mayoría de los casos, se utiliza la intervención farmacológica, misma que es recomendada para el tratamiento de episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre los mismos.

Los fármacos antipsicóticos introducidos en la práctica clínica datan desde los años cincuenta del pasado siglo, por sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus perfiles de efectos adversos (Vázquez y Muñoz 2004), se les ha clasificado en 2 grupos llamados:

- *Primera generación o convencionales*: actúan frente a los síntomas psicóticos, se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica en alta, media o baja; sin embargo, se ha comprobado que dosis altas de los de alta potencia no son más eficaces, ni tienen acción más rápida que dosis moderadas, y se asocian a una mayor incidencia de efectos adversos. Y los de baja potencia producen sedación e hipotensión ortostática y se debe aumentar la dosis de forma gradual. Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas) y en menor medida en los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alergia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces. Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado por lo que la sobredosis rara vez es mortal. Dentro de sus efectos adversos se encuentra la sedación, efectos neurológicos, efectos adversos extrapiramidales (parkinsonismo, distonía aguda, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, discinesia tardía, distonía tardía); efectos anticolinérgicos y antidrenérgicos; convulsiones, efectos alérgicos y dermatológicos; hepáticos; oftalmológicos; hematológicos; cardiovasculares; aumento de peso; y sobre la función sexual.
- *Segunda generación o atípicos*: poseen un mayor espectro de efectos terapéuticos, con un efecto pequeño pero significativo sobre los síntomas negativos y la disminución cognitiva, generalmente se recomiendan para la fase aguda o pacientes con recaída. Dentro de sus efectos adversos se encuentra el síndrome metabólico, aumento de peso, mareos, hipotensión postural, taquicardia, síntomas extrapiramidales, hiperglucemia y en ocasiones diabetes; rara vez se ha presentado el síndrome neuroléptico. Sugieren que los pacientes que se cambie la medicación de primera a segunda generación cuando persistan los síntomas tanto positivos como negativos en los pacientes y refieran efectos adversos de malestar.

Florit, en su artículo de La intervención temprana en psicosis del 2009, afirma que las personas que reciben tratamiento en los primeros síntomas tienen

mejor respuesta al mismo que aquellos que lo reciben después de tiempo. En relación a la importancia de la detección temprana de la psicosis, Birchwood, Todd y Jackson (1998, citado en Florit 2009), describen la existencia de un periodo crítico en estos primeros momentos, caracterizado por: posible deterioro funcional, no lineal, presencia de variables moduladoras de adaptación a la psicosis y deterioro social, independiente del deterioro clínico. En consecuencia, y en relación con todas estas características, la intervención temprana en la psicosis puede realizarse en dos momentos distintos: una primera fase, referida a la prevención de la aparición de un brote psicótico y, una segunda fase, cuando ya ha aparecido la primera crisis psicótica. Esta fase previa se denomina “estado mental de riesgo” e incluye deterioro o reducción de la capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, presencia de un estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño, problemas de ansiedad, retraimiento social, desconfianza, deterioro en las actividades formativas o laborales, irritabilidad, etc. No obstante, este tipo de intervenciones plantea una serie de problemas o dilemas. En primer lugar, las personas que no han presentado nunca un brote, no tienen ningún trastorno propiamente dicho, sino la "probabilidad" de tenerlo en un futuro. En segundo lugar, se puede dar lugar a un elevado número de falsos positivos, por lo que hay riesgo de implementar un tratamiento a personas que nunca desarrollarán una psicosis, con los problemas éticos que esto plantea. Y si a este planteamiento le sumamos el hecho de que ya se cuestiona la eficacia real de los fármacos utilizados, éste modelo farmacológico no podría sostenerse bajo ningún argumento científico y ético.

En este orden de ideas, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en su Consenso sobre atención temprana a la psicosis del 2009, coincide con Vázquez y Muñoz (2004), ya que menciona que el tratamiento farmacológico debe darse en una relación terapéutica de apoyo en la que expliquen los objetivos del mismo y la elección del medicamento se decida en conjunto médico-paciente, basada en el costo-beneficio de los efectos secundarios agudos, crónicos y cognitivos; en función de la eficacia y del ajuste de la dosis requerida hasta conseguir la eliminación de los síntomas. Afirma que si la respuesta no es la adecuada

después de 6 u 8 semanas debe cambiarse el antipsicótico, ya que lo recomendable es solo utilizar uno de ellos y solo en casos excepcionales dos. Además, si no hay un cumplimiento en la medicación oral debe optarse por un medicamento inyectable y revisar las razones por las cuales no se cumplió el tratamiento.

Con respecto a la duración del tratamiento, tras una buena respuesta recomiendan la medicación de uno a dos años tras el primer episodio de psicosis; para los pacientes con psicosis tipo esquizofrénico la medicación debe durar por lo menos 5 años y en los no esquizofrénicos recomiendan periodos más cortos de medicación con monitoreo y sin suprimir de golpe el medicamento

Concluyendo, se puede afirmar que la toma de decisiones sobre el uso de medicación antipsicótica parece condicionada por tres factores principales: la similitud de los efectos terapéuticos de los dos grupos antipsicóticos frente a los síntomas positivos, que son los que habitualmente conducen al inicio de un tratamiento farmacológico; los diferentes perfiles de efectos adversos que pueden producir a los que se atribuyen ser la causa principal de la falta de adherencia al tratamiento y, finalmente, las preferencias del paciente hacia un fármaco o presentación determinados. Con lo que confirmamos que todo tratamiento antipsicótico debe ser personalizado.

También está la terapia electro convulsiva (TEC), misma que en la mayoría de los casos es recomendada como segunda elección indicada tras el fracaso de los antipsicóticos o la contraindicación de los mismos, ya que parece causar un deterioro cognitivo menor. Sin embargo algunos médicos sugieren que puede ser considerada una opción terapéutica combinada con fármacos antipsicóticos, particularmente cuando se desea una reducción sintomática rápida y una mejoría global.

Además, las intervenciones psicosociales, mismas que están encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar

los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral; así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. Además éstas también pueden incidir en la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y laboral. (Vázquez y Muñoz 2004). Algunas de estas intervenciones las abordaré más ampliamente en el capítulo 3, ellas son:

- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia de apoyo.
- Psicoterapia psicodinámica.
- Psicoeducación.
- Intervenciones familiares.
- Rehabilitación cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
- Actividades expresivas (arte, música, etc.).
- Apoyo a la inserción laboral.
- Recursos de vivienda.

Por otro lado, resumiendo y retomando la idea de Kraepelin (citado en Moya 1999), de que sabemos que estamos ante una enfermedad mental si conocemos sus causas, manifestaciones, cursos y terminación; y tomando en cuenta que, en la mayoría de los trastornos mentales, la autopsia es incapaz de descubrir lesiones específicas o estructuras patológicas en el cerebro que estén correlacionadas con la enfermedad, se sugiere que las causas de la psicosis pueden ser de otra índole (somáticas por ejemplo), como lo menciona Carballo (2011). Por lo tanto, *“los médicos especializados en psiquiatría no podrán reclamar una competencia exclusiva en el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos”*.

Así las cosas, si partimos del hecho de que en un paciente con trastornos psicóticos queda descartado que su origen sea por una enfermedad médica o por el consumo de sustancias, es decir, que los trastornos psicóticos no son

consecuencia de un mal funcionamiento fisiológico, *“¿hasta a dónde le compete únicamente al psiquiatra diagnosticar y tratar a pacientes con dichos trastornos?”* tomando en cuenta que el papel del psicólogo es trabajar con la conducta del ser humano y puede generar alternativas de tratamiento psicológicas en espacios formativos, que propicien de nuevo su adaptación al medio que les rodea. Para ello es importante que conozcamos el lugar de la Psicología como disciplina ante las enfermedades mentales, cuestión que discutiré en el siguiente capítulo.

2. LUGAR DE LA PSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA ANTE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

2.1. Introducción al capítulo.

Sin duda, la psicología es una disciplina y profesión que tiene que revisar constantemente su lugar social. Uno de los terrenos en los que esto se vuelve fundamental, particularmente en los tiempos que corren, es el de los trastornos mentales, en virtud de las estadísticas que hoy revelan la gran población que padece alguno de esos trastornos. Este campo de actuación resulta de una complejidad importante, por lo que su abordaje demanda no nada más la convergencia de diferentes disciplinas, sino también la reconfiguración de las relaciones entre ellas, para potenciar las cualidades de cada una de las mismas. Dado esto, es importante problematizar el lugar de la psicología en este terreno, en particular respecto de las ciencias médicas que juegan una posición preponderante, pero discutible, en los procesos de atención. Para adentrarnos en la temática de este capítulo recuperemos el siguiente planteamiento:

Si partimos del hecho de que, en un paciente con trastornos psicóticos queda descartado que su origen sea por una enfermedad médica o por el consumo de sustancias, es decir, que los trastornos psicóticos no son consecuencia de un mal funcionamiento fisiológico, ¿hasta a dónde le compete únicamente y principalmente al psiquiatra diagnosticar y tratar a pacientes con dichos trastornos?, tomando en cuenta que el papel del psicólogo es trabajar con la conducta del ser humano, ya que puede generar alternativas de tratamiento psicológicas en espacios formativos específicos, que propicien de nuevo su incorporación al medio que les rodea.

Por lo tanto, los médicos especializados en psiquiatría no podrán reclamar una competencia exclusiva en el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos. Así, partiendo de que los trastornos mentales no son enfermedades corporales, resulta necesario ir delimitando las fronteras en que esos trastornos tienen lugar

respecto de las dimensiones implicadas, particularmente entre la medicina, la psiquiatría en particular y la psicología.

2.2. Los aspectos psicológicos de la Medicina en las enfermedades mentales.

Es sabido por todos, que los médicos han utilizado siempre la “psicología” en su práctica y se han referido a ella en sus enseñanzas. De ahí que los psiquiatras que tienen buenas “habilidades psicológicas” (empatía, manejo de entrevista¹⁷, respeto, escucha activa, etc.), son aquellos que pueden comprender las *molestias* del paciente, ayudándolo a expresarlas; y los que saben conducir su examen somático, lo hacen de modo que las reacciones patológicas no sean encubiertas por actitudes defensivas provocadas por las circunstancias del examen. Así, consideran que como consecuencia de esas habilidades psicológicas, logran crear en el paciente una actitud favorable hacia la *cura* de los síntomas que ocasionaron la consulta.

En ese sentido, de crear conductas favorables para curar los síntomas. Cortese en el 2004, en su libro de Psicología médica, salud mental, afirma que el médico observará atentamente la afectividad del paciente, su estilo de comportamiento, las características de su pensamiento y su modalidad de relación, ya que todos los datos obtenidos de este tipo de observación constituirán

¹⁷ La entrevista constituye el momento de encuentro de los participantes de un vínculo que persistirá a lo largo del tiempo, modificándose y evolucionando con sus protagonistas. Es un instrumento imprescindible en la práctica médica. Es esencial para realizar la historia clínica, y para entablar una relación adecuada que va a superar los factores técnicos, ya que los factores humanos de la relación tienen una gran importancia para que el paciente se sienta comprendido y deposite su confianza en el médico, lo cual ya en sí mismo puede ocasionar un alivio de la sintomatología y un mejor pronóstico a más largo plazo. Sin perder de vista que el entrevistado es quien dirige la entrevista pero el entrevistador es quien la controla (Cortese 2004).

una rica y útil información adicional que contribuirá a la implementación de un tratamiento médico más efectivo.

Por ello, Insua (1970 p. 18) afirma que:

“un médico llega a ser buen psicólogo cuando a través de los años de experiencia clínica, desarrolla intuitivamente una especie de psicología propia que es el resultado de la meditación continuada sobre las experiencias vividas en su práctica profesional, elaborada según los esquemas de las creencias imperantes de la época”.

Por lo tanto, en la actualidad un médico cura, previene y actúa como promotor de la salud, en el marco de una demanda creciente, incluidos los pacientes por supuesto, de una atención con calor humano y respetuosa de los derechos, y aquí la psicología ha aportado elementos importantes para la consecución de una relación médico-paciente más adecuada a los lineamientos actuales. El campo de la salud mental no es ajeno a esto; en este terreno la Psicología ha aportado conocimientos, estrategias, líneas interpretativas y técnicas de trabajo importantes para la inclusión e inserción de los pacientes psicóticos de nuevo a su núcleo familiar y social. Ya que, con base en la educación y el manejo terapéutico, se logra que sean aceptados *naturalmente* en la dinámica social.

Tomando en cuenta lo anterior, Insua (1970 p.27) propone una “*Psicología médica*” definida en sus palabras como: “*el estudio del proceso de interrelaciones que se establecen entre dos personalidades, en el encuentro médico-enfermo*”. Interesándole a ella todos los aspectos psicosociológicos y culturales que intervienen, por parte de ambos participantes.

Afirma que ello es fruto principalmente del desarrollo moderno de la psiquiatría y que surge del hecho de que su campo ha ido ampliándose. Además

de que, según él, tiende a promover la salud en todos los aspectos psiquiátricos o somáticos del individuo integrándolo en la comunidad.

Tomando en cuenta que se debe observar la afectividad, el comportamiento, el pensamiento y el modo de relacionarse en los pacientes, la *Psicología médica* de ambos autores (Insua 1970 y Cortese 2004), utiliza métodos propios de la Psicología:

- Recoge el máximo de información contemplando las entrevistas¹⁸ con el paciente, los familiares, los asistentes sociales, etc.
- Aplica test correspondientes al terreno de la Psicología clínica, con un valor inapreciable por los aportes de éstos en la evaluación de un paciente determinado; como complemento del diagnóstico médico y porque brindan datos objetivos cuantificables y comparables sobre los cuales progresa el método de investigación.
- Estos “test” incluyen también la observación empírica de la conducta espontánea de los pacientes en sus entrevistas con el psicólogo. No busca la formulación de las leyes sino la comprensión del caso individual.

Y reconocen que recientemente ha cobrado importancia la comprobación de que los psicofármacos tienen acciones diferentes en diferentes países. De éste modo, el método psicofarmacológico se ha convertido en un instrumento fundamental para sus investigaciones transculturales (Insua 1970).

¹⁸ En las entrevistas psicoterapéuticas la información es fundamentalmente psicosocial. Los signos y síntomas que se recaban corresponden al área del pensamiento, de los afectos o del comportamiento. El objetivo no está focalizado en recabar información sino en producir cambios en el área de su competencia: atenuación o desaparición de síntomas emocionales displacenteros, mejoramiento de los vínculos interpersonales, del propio rendimiento intelectual, personal, etc.

Sin embargo, me parece importante mencionar que dicha modernización de la psiquiatría deja fuera al psicólogo, ya que un especialista en psicología médica es un psiquiatra. Pero no deja de lado los aportes de la psicología. Entonces **¿hasta dónde le permitirán entrar al psicólogo en el tratamiento de pacientes psicóticos sin que quieran apropiarse de su conocimiento?** Ya que “sí” le dan su lugar a las herramientas proporcionadas por la Psicología como disciplina, siempre y cuando la ejerzan y retomen los psiquiatras.

2.3. Relación entre Psicología y Medicina.

Empezaré definiendo a la Psicología en palabras de Wolman (1999 p. 270), para quien “la psicología es la ciencia de la conducta humana y animal, es la ciencia del comportamiento, en donde la conducta constituye parte de los procesos vitales (estudiados por la Medicina), debido a la respuesta del organismo y por lo tanto, es el objeto de estudio de la Psicología.”

A pesar de que la Psicología y la Medicina, se diferencian por la propia índole de sus disciplinas, de acuerdo con Insua (1970 p. 57), la primera es una ciencia que intenta comprender el funcionamiento del psiquismo humano, descubriendo leyes y deduciendo los métodos que permiten modificarlo. Mientras que la segunda, en cambio, se propone el cuidado, la asistencia y tratamiento de los enfermos, la higiene y la promoción de la salud en la comunidad empleando para ello todos los aportes de las ciencias que sean necesarios para el cumplimiento de esos fines. Y usará los aportes de la fisiología, anatomía, sociología, química, psicología, antropología, etc.

Sin embargo, para este trabajo nos interesa la relación existente en el campo de actividad de la psicología y la medicina en relación con las enfermedades mentales. Esta zona de interacción puede ilustrarse no sólo

respecto del uso que los médicos en general pueden realizar de la psicología, sino muy particularmente con la psiquiatría, en la que convergen conocimientos de distintas disciplinas, como la sociología, la antropología de la salud y la enfermedad, pero muy en especial de la psicología.

Es precisamente en el campo de la Salud Mental en que el médico necesita de los aportes del psicólogo, para que lo informe sobre los mecanismos psicológicos de los pacientes; de las diferentes enfermedades y de los aspectos psicosociales involucrados en las actividades de las instituciones sanitarias; de los procesos que intervienen en la relación médico-paciente; y sobre las conductas más convenientes del médico y de las instituciones para promover respuestas saludables, entre otras posibilidades. Y el psicólogo a su vez requiere participar en la vida hospitalaria del paciente, para lo cual necesita tener acceso a los mismos; requiere la información sobre su estado clínico; debe conocer las experiencias del médico vividas con ellos y necesita que el médico adecue su lenguaje para una mejor comunicación.

Así las cosas, la Medicina y la Psicología tienen un interés por beneficiar al hombre, en este caso específico al paciente psicótico y ayudarlo en lo concerniente a sus problemas de salud y enfermedad, como en otros aspectos de su vida. Por lo tanto, la Psicología en el campo que le es común con la Medicina está igual que ella, al servicio del hombre y de las instituciones encargadas de su asistencia médica. Pero, a pesar de ello, el médico actúa como "líder natural" del equipo de salud, en los esfuerzos por promover el bienestar de la comunidad; a pesar de que la Psicología le proporciona información a través de los instrumentos necesarios y adecuados para evaluar a los pacientes psicóticos, investigando sobre los procesos que afectan al ser humano y lo aconsejan sobre las formas más adecuadas para resolverlos, en el marco de una relación que ha de pretender la horizontalidad y la coadyuvancia. Aportación que Insua (1970 p. 58) propone debe hacer el médico, ya que afirma debe conocer varias ramas de la psicología debido a que el paciente es el resultado de una historia personal que comienza aun antes de haber sido gestados por sus padres. Por lo tanto, la psicología y

sociología de los pequeños grupos, la psicología de la familia y la sociología de las instituciones sanitarias y comunitarias, son temas de su interés.

No obstante todo, al parecer las autoridades de las Instituciones de Salud Pública nunca están dispuestas a emprender programas sanitarios que incluyan aspectos psicológicos, bajo el argumento de que representan costos muy elevados por la cantidad de profesionales que requiere, el tiempo que cada uno de ellos necesita para sus pacientes, y que este tiempo medido en metros cubiertos de superficie edificada, requerirá mayor espacio y más gasto, derivando esto en que la Psicología queda subordinada al quehacer médico confirmando su creencia errónea de *líderes naturales*.

A lo anterior, podemos sumar también que la medicina además de *curar enfermos* desarrolla la función higiénica de generar condiciones culturales para posibilitar hábitos sociales que hagan menos probables las enfermedades y luchar en distintas formas contra ellas, con lo que adquirió una nueva responsabilidad que se suma a la de curar y prevenir, que es la de promover la salud, con ese sentido de bienestar, con lo que se podría dejar a la Psicología sin campo de acción significativa en el tema de Salud Mental.

Justificando esta prevención, promoción y cura de las enfermedades en el hecho de que un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes (Sandoval, 2005).

En este sentido, es importante atender la configuración de los campos de actuación profesional, considerando la complejidad inherente a los fenómenos sociales y el caso de los *trastornos mentales* no es la excepción. Uno de los aspectos que permite entrar en la discusión respecto a la configuración de las fronteras de actuación y que permite centrar la situación del psicólogo y de la psicología en el terreno de la salud mental, es lo relacionado con la cuestión de la

prescripción de los medicamentos y del abordaje integral de los padecimientos mentales.

2.4. Autoridad prescriptiva para los psicólogos y el Sistema de Salud.

Este movimiento de prescribir medicamentos por parte de los psicólogos surge en Estados Unidos, impulsado por un grupo de psicólogos interesados en tener capacidad legal para poder hacerlo. Sin embargo; al día de hoy son pocos los lugares en donde tienen capacidad de realizarla, como por ejemplo en Indiana Guam y algunas zonas militares de Estados Unidos; en donde lo han hecho con cautela y tomando en cuenta los aspectos éticos de la práctica clínica de Kitchner de 1984 (citado en citado en Sammons y Schmidt 2004), que son:

1. Beneficencia: beneficiar a otros aceptando la responsabilidad de hacer el bien.
2. No – maleficencia: No hacer daño; exige a los psicólogos no perpetuar el daño físico o emocional ni mostrar conductas que pudieran producir daño a otra persona.
3. Autonomía: derecho de autodeterminación de los clientes.
4. Justicia: el actuar de los psicólogos de manera honesta, equilibrando los derechos de los clientes y las demás personas.
5. Fidelidad: los psicólogos deben ser leales con los clientes manteniendo promesas y ofreciendo servicios de manera confiable.

Este movimiento no es nuevo, ya que en 1984 el senador de Hawai Daniel Inouye hace una invitación a los psicólogos a prepararse para poder responder a la demanda de psicofármacos ya que éstos, en su mayoría, eran y aún son recetados por médicos de cabecera y no por psiquiatras. Es así como en 1989 presenta un proyecto de Ley al Congreso para el establecimiento de un proyecto de demostración en el ejército estadounidense, mismo que fue aprobado y como consecuencia surge la creación del Psychopharmacology Demonstration Project (PDP); a través del cual 10 psicólogos recibieron formación para prescribir dentro del ejército. En ese mismo año, la APA adoptó la posición oficial de que los psicólogos están particularmente preparados para diagnosticar y tratar enfermedades mentales, planteando que con una preparación adicional, podrían ser expertos en prescribir fármacos relevantes; y desarrolla un programa de posgrado con especialidad en psicofarmacología para obtener el título de psicólogo-médico (en estos momentos más de 50 psicólogos están prescribiendo sin incidente alguno y otros tantos cursando el posgrado). Ya que en 1995 el APA creó un programa de entrenamiento de 300 horas (Benito 2008), cuyos contenidos son:

- I. Neurociencias.
- II. Investigación y clínica en farmacología y psicofarmacología.
- III. Fisiología patológica.
- IV. Introducción a la evaluación física y a los exámenes de laboratorio.
- V. Farmacoterapéutica.

Así, los graduados de este programa tendrán la base de los conocimientos necesaria para la prescripción segura y efectiva, además de que se enseña en contextos menos médicos y más en modelos psicológicos y sociales de salud. (Newman, Phelps, Sammons, Duvinin y Cuellen 2000, citado en Benito 2008). Conocimientos y capacidades que son evaluados por medio de un examen en psicofarmacología para psicólogos (PEP) que consta de 150 preguntas, y cuyo

informe del Destacamento Ad Hoc sobre psicofarmacología APA 1992 (citado en Sammons y Schmidt 2004), tienen que ver con niveles que equivalgan con el grado de implicación y responsabilidad por los aspectos de intervención con tres niveles:

- Nivel 1: Educación en psicofarmacología básica.
- Nivel 2: Práctica colaboradora, es decir; un conocimiento más profundo en farmacología (por lo menos 2 años), además de psicodiagnóstico, evaluación y función física, interacción entre fármacos y efectos secundarios, practica con 100 pacientes atendidos supervisados por médicos y aprobando el PEP
- Nivel 3: Privilegio de prescripción: solo de manera limitada de acuerdo al alcance de la práctica y la formación. Para así poder trabajar con independencia de los médicos, cual requeriría el compromiso de una buena formación, así como el compromiso de desarrollar licencias estatales de estudios para este tipo de actividad.

El APA elabora su división 55, con unas directrices dirigidas a la práctica colaborativa e independiente de la farmacoterapia por parte de los psicólogos. (Wautier, G. y Tolman, A, 2007). Algunas de ellas son:

- Suficiente formación y entrenamiento para ser competente.
- Auto-conciencia de las emociones y actitudes con respecto al uso de la medicación.
- Conocimiento e información de cómo enfrentarse a un subgrupo de efectos específicos de los medicamentos.
- Conocimiento de los efectos adversos potenciales.
- La evaluación y el tratamiento se consiguen específicamente a través de una perspectiva biopsicosocial y el tratamiento se considera un esfuerzo en colaboración con el paciente, y

- Sensibilidad a los temas de marketing y al sesgo potencial en la interpretación de la efectividad de los medicamentos por parte de las compañías farmacéuticas

Todo esto con la intención de subsanar las cifras reveladas por la Asociación Americana de Medicina AMA, quién afirmó que el 46% de los más de 40000 psiquiatras estadounidenses tienen 55 años o más comparado con aproximadamente el 35% de todos los médicos estadounidenses. Por lo tanto es posible que pronto deje de haber suficientes psiquiatras bien formados para cubrir las crecientes necesidades de las personas con problemas de salud mental. Ya que aproximadamente el 80% de las medicaciones psicotrópicas son prescritas por médicos no psiquiatras, con poca o ninguna formación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o en el uso de medicación psicotrópica (Wautier, G. y Tolman, A, 2007).

Por su parte, el gobernador de Nuevo México, Gary Jonson, firmó una ley en Marzo del 2002 que proporcionaba a los psicólogos la capacidad legal de prescribir; la gobernadora de Louisiana, Kathleen Blanco, firmó la ley de autorización a los psicólogos para prescribir en mayo del 2004. Y en el 2006, la asociación Hawaiana de psicología y sus aliados estuvieron cerca de aprobar un proyecto de Ley para autorizar a los psicólogos para prescribir en el estado. Así, médicos de atención primaria y directores médicos que trabajan en clínicas de salud comunitarias ratificaron a favor del proyecto, centrándose las discusiones en el acceso inadecuado a la atención en salud mental en muchas partes de Hawái (Wautier, G. y Tolman, A, 2007).

Con esta autorización de prescripción a los Psicólogos, también se pueden ahorrar muchos recursos de la Salud Pública al emplear a una persona de tiempo completo para proporcionar psicoterapia y poder prescribir fármacos ya que, como se planteó anteriormente, no hay presupuesto para tener dos especialistas

atendiendo un padecimiento. Lo cual contrasta con las ideas de Insua (1970), quien en su psicología médica deja fuera al psicólogo.

Está claro que la necesidad de servicios de salud mental existe, y que muchos profesionales no pertenecientes al campo de la Psicología ven esto como un paso importante en la mejora de la asistencia sanitaria, debido a la imposibilidad para cubrir las necesidades psiquiátricas de los pacientes; y los gobernantes, al ser conscientes de ello promueven y avalan la capacidad de prescribir de los psicólogos. Lo cual nos lleva a los elementos relacionados con la facultad prescriptiva ligados con el principio ético del APA, mismo que hace referencia a que el psicólogo debe estar en constante educación y formación, que debe reconocer los límites y las fronteras de su formación y experiencia; de la variación de los servicios requeridos de acuerdo a las características de los individuos que son atendidos y al uso apropiado de técnicas, tecnologías y recursos disponibles

Por lo tanto, no hay que perder de vista los siguientes puntos propuestos por Escudero, Ibáñez, Larraz, Pascual, Peñedo, y De la Villa, (2003):

- Los psicólogos implicados en la prescripción, deben ser capaces de reconocer las manifestaciones básicas de las enfermedades mentales en suficiente grado como para diferenciar los efectos secundarios o respuestas tóxicas a diversos fármacos no psicotrópicos que por error puedan atribuirse a causas psicológicas.
- Una vez que el psicólogo disponga de la capacidad para prescribir medicamentos, no implicará que tenga competencia para prescribir fármacos psicotrópicos para todos los pacientes que atiende.
- Al psicólogo corresponderá ser consciente de los límites de su conocimiento y de su destreza, así como adoptar las medidas necesarias para garantizar una conducta ética dentro de los límites de su competencia profesional.

- El psicólogo no deberá olvidar las características especiales de los pacientes que está atendiendo, con el fin de equilibrar las intervenciones psicosociales con la psicofarmacología.
- El psicólogo no debe olvidar los derechos fundamentales de los pacientes (privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía), a sabiendas de que obligaciones legales pueden conducir a la incoherencia y el conflicto con el ejercicio de estos derechos.
- El psicólogo debe, en todo momento, obtener el consentimiento informado que contiene cuatro componentes: el conocimiento de la información significativa relativa al tratamiento, la capacidad para establecer acuerdos mutuos, expresión voluntaria de consentimiento a ir, la propia documentación del consentimiento preferentemente por escrito.

Afirman que las iniciativas para ampliar el alcance del ejercicio con respecto a la prescripción de los profesionales sanitarios no médicos, se han visto paralizadas por la oposición de la medicina organizada que, en opinión de los psicólogos, pronto fue absolutamente evidente que los psiquiatras nunca estuvieron dispuestos a consentir de ninguna manera que los profesionales no médicos pudieran prescribir con seguridad y competencia en alguna ocasión. Debido a que con esta exclusividad, los profesionales médicos pueden ver cualquier solicitud de cambio regulador de cualquier otra profesión como un desafío que ha de ser confrontado.

Y concluyen con que la ampliación del alcance de la práctica no médica es esencial para la creación de un modelo de asistencia sanitaria viable, que sirva a las necesidades de todos los ciudadanos, incluidos los 40 millones de americanos que en el momento actual carece de seguro de asistencia. Ya que consideran que los psicólogos han demostrado que pueden ofrecer asistencia médica y de alta calidad, se reciben una cantidad razonable de formación médica y farmacológica. Esta demostración de competencia servirá como trampolín para que los estados

concedan certificación a los cientos de psicólogos que en la actualidad están formados en psicofarmacología clínica y a muchos otros que le seguirán.

Independientemente de las discusiones que hay con respecto a la competencia y límites de las profesiones entre la psicología y psiquiatría, siempre se ha reconocido que la medicación en las enfermedades mentales es exclusividad de los psiquiatras, sin embargo también existe la posibilidad de ampliarla a las profesiones no médicas, ya que todos están involucrados en cumplir con los objetivos del tratamiento y son responsables de controlar los efectos de las medicaciones e integrar los enfoques farmacológicos y psicosociales.

Muchas veces los psicólogos son los que cuentan con mayor conocimiento y experiencia en la evaluación de la cognición y la conducta, incluidos los cambios producidos por el tratamiento farmacológico, y en su análisis de interpretación sobre ensayos controlados. Es precisamente en estas habilidades que se basan para la obtención de resultados óptimos. En consecuencia, la efectividad general del equipo no sólo estará determinada por la pericia del psicólogo en la evaluación y diseño experimental, sino también por su capacidad para aplicar tal pericia a cuestiones de psicofarmacología en el tratamiento comprensivo y en la rehabilitación de la psicosis.

Lo referido en este apartado, plantea la necesaria discusión de los campos de acción respecto de la salud mental, así como el lugar del psicólogo y la psicología, además de la necesidad de replantear las maneras de abordaje de los trastornos implicados, asunto este último de una alta complejidad.

2.5. Tratamientos combinados y no combinados.

El objetivo del tratamiento no es escapar de la enfermedad, sino superar sus consecuencias que por el momento no puedan ser eliminadas; usando combinaciones de técnicas farmacológicas y psicosociales esto puede hacerse posible. Esto es debido a que la psicofarmacoterapia ha alcanzado un nuevo nivel con la aparición de los fármacos antipsicóticos atípicos, ya que tienden a producir un alivio más efectivo de los síntomas psicóticos y también un mejor funcionamiento cognitivo. Además de que el tratamiento psicosocial tiene modalidades de intervención específica para un número cada vez mayor de alteraciones funcionales particulares asociadas con la psicosis y otros trastornos similares, incluyendo el funcionamiento interpersonal, el manejo del estrés, la regulación emocional y varios dominios de cognición.

Sin embargo; hay una carencia de datos sobre la intervención farmacológica y no farmacológica, para los trastornos mentales. De ahí que se hallen escasamente representados en la literatura clínica y científica, a pesar de que están muy extendidos en la práctica clínica hasta el grado de poder afirmar que constituyen una norma (Sammons, Schmidt, Eds 2001).

Independientemente de que el tratamiento farmacológico es el pilar para los servicios psiquiátricos, la mayoría de los pacientes también reciben servicios psicoterapéuticos dando lugar a los “tratamientos combinados”, cuya efectividad genera controversia debido a los sesgos profesionales entre psiquiatras y psicólogos, ya que cada uno de ellos se esmera por demostrar el éxito y superioridad de sus técnicas farmacológicas y no farmacológicas. Inclusive entre los mismos psiquiatras, al comparar los resultados entre diferentes fármacos y sus efectos colaterales, motivados en palabras de Benito (2008), por las grandes ganancias entre ellos y las farmacéuticas, ya que un psicólogo médica a un 13% de sus pacientes mientras que un psiquiatra lo hace con el 88%. Y para respaldar

el uso de tanto medicamento, los laboratorios solo financian selectivamente investigaciones que promuevan la eficacia aparente de sus fármacos.

Dejando de lado que la efectividad del tratamiento depende de la preferencia del mismo elegida por el paciente ya que tendrá más adherencia, a pesar de que esta decisión este influenciada por la opinión del médico que le atiende dada su condición de “enfermo”. Lo cual nos lleva irremediablemente a cuestionar el olvido en el que cae el derecho del paciente a demandar alivio inmediato a través de los fármacos o de más largo plazo, mediante psicoterapia, ya que este derecho debe ser respetado, no desafiado. Independientemente de que el objetivo de la investigación sobre la salud mental sea buscar remedios cada vez más específicos, farmacológicos o psicológicos. Ya sea que se utilicen intervenciones uni-modales o combinadas debe establecerse un diagnóstico exacto, objetivo y global.

Tomando en cuenta lo anterior, en tanto es posible demostrar efectos satisfactorios a corto plazo de tratamientos específicos con fármacos, cuesta más trabajo justificar la aplicación de tratamientos combinados (farmacológicos y psicoterapéuticos), que también deben incluir un tratamiento psicosocial. De acuerdo con Sammons y Schmidt, (2001), no se sabe hasta dónde es ético imponer combinaciones no comprobadas y más caras a los pacientes cuando existen ya alternativas menos complicadas cuyo valor ya ha sido demostrado. Pero estas intervenciones farmacológicas, si bien a corto plazo ayudan a muchos pacientes a manejar los aspectos más incapacitantes de sus enfermedades, algunas veces de forma visible, también hay pruebas de que no se traducen en mejorías duraderas, además de que los índices de tratamiento satisfactorio para la psicosis no han cambiado significativamente en los últimos 100 años.

Teniendo como telón de fondo estas dos opciones, hay quien piensa que la farmacoterapia proporciona un alivio incompleto y temporal y que la psicoterapia es indiferenciada en términos de eficacia, por lo tanto, a largo plazo no benefician

a ninguno de los dos enfoques, ya que los dos enfoques se basan más en ideologías que en ciencia (Sammons y Schmidt, Eds. 2001).

En el mismo entendido, sigue el debate con respecto al momento en el que se debe introducir cada componente del plan de tratamiento, es decir; para saber cuándo está indicada una estrategia, si es que lo está combinada y el modo de aplicación más óptimo, es por ello que Miller y Keitner en 1999 (citado en Sammons y Schmidt 2004) proponen tres estrategias posibles:

1. *Administración simultánea de todos los tratamientos*: garantizando que el paciente sea expuesto a todos los elementos, a pesar de que sea costoso y hasta cierto punto ineficiente, porque es imposible identificar a priori a todos los pacientes que responderá a un componente específico del tratamiento.
2. *Modelo secuencia*: se van ofreciendo tratamientos adicionales sobre la base de la respuesta o falta de la misma en intervenciones previas. Sin embargo; se pierde la opción de obtener resultados beneficiosos de tratamientos en conjunto, además las relaciones dosis-respuestas existentes en psicoterapia y farmacoterapia pueden perderse al añadir la psicoterapia en un momento posterior del curso del tratamiento o podría verse oscurecido por la adición de un tratamiento farmacológico.
3. *Estrategia de combinación*: ofreciendo varios tratamientos únicos o combinados sobre la base de una evaluación de los déficits o recursos identificados en el paciente, desde los costos es efectivo, pero los resultados pueden ser inferiores a los óptimos si se combinan incorrectamente los tratamientos por paciente. Pero, como no se puede determinar con anterioridad y seguridad los componentes del tratamiento a los que los pacientes responden bien, es la estrategia menos seleccionada.

Por su parte, Rush y Hollon en 1991 (citado en Sammons y Sachimdt 2004), recomiendan añadir psicoterapia a un régimen médico si una respuesta inadecuada sigue presente tras 6-8 semanas de tratamiento, aquí el efecto aditivo de los tratamientos combinados puede ser estimado pero no se sabe el efecto de las dos modalidades diferentes aplicadas simultáneamente en un punto del curso del tratamiento, o si la alteración del orden aplicado pudiera ser más efectiva. Y como hay poca evidencia de la temporalización de los tratamientos combinados, sugieren hacer las siguientes preguntas:

- ¿Se ha cubierto un periodo adecuado de observación y evaluación?
- ¿Se han considerado o implementado ya tratamientos unimodales? (la farmacoterapia es menos efectiva que la psicoterapia solo si hay resistencia al tratamiento).
- ¿Existen contraindicaciones para el uso de modalidades combinadas? (ésta es una opción óptima para los trastornos psicóticos).
- ¿Manifiesta el paciente características que han sido comprobadas como favorables para el tratamiento combinado?
- ¿Se ha elicitado en el historial la respuesta del paciente a la psicoterapia o a la farmacoterapia (los pacientes que han respondido favorablemente a la farmacoterapia puede requerir aún más componentes psicoterapéuticos adicionales).
- ¿Qué modalidad de tratamiento desea el paciente?, ¿Ha recibido consentimiento informado adecuado sobre la relativa eficacia de alguno o ambos tratamientos?

La integración de la farmacoterapia con la psicoterapia al inicio del curso del tratamiento como lo mencionan Miller y Keitner 1999 (citado en Sammons y Schmidt 2004), en su primer propuesta, reducirá significativamente los síntomas

más floridos del trastorno hasta el punto de que el paciente sea capaz de implicarse con efectividad en la relación psicoterapéutica si se acuerda este tratamiento; los pacientes no solo deben conocer los riesgos y beneficios asociados con la farmacoterapia y con la psicoterapia sino también tener en cuenta que el objetivo último puede ser la eliminación del agente farmacológico antes de la conclusión de la terapia.

Muchas veces la investigación no indica con claridad el tratamiento a escoger y es responsabilidad del psicólogo presentar con objetividad los tratamientos aceptados y permitir que el paciente establezca una selección informada, mostrándole la efectividad del tratamiento propuesto comparada con la ausencia del mismo. Además de que se le debe explicar los resultados esperados, la frecuencia y costo de las sesiones terapéuticas, para poder facilitar al paciente una toma de decisiones autónoma, proporcionando información tan completa como sea posible, en un lenguaje que los pacientes puedan entender. Esto nos lleva a considerar la manera en que diferentes aproximaciones psicológicas abordan este campo, por lo cual en el siguiente capítulo describiré algunas alternativas de tratamientos psicológicas para personas que sufren trastornos psicóticos, basados en las siguientes corrientes:

- Psicoanálisis.
- Cognitivo-conductual.
- Humanista.
- Gestalt.

3. ALTERNATIVAS PSICOLÓGICAS ACTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS.

3.1. Introducción al capítulo.

Empezaré este capítulo retomando el quehacer de psicólogo ante las enfermedades mentales, específicamente en los trastornos psicóticos. Partimos del hecho de que el psicólogo en el momento de empezar el tratamiento con la persona que lo *padece*, es quien aborda sus necesidades más urgentes en ese momento, enfrenta las crisis, maneja los problemas subsecuentes y aborda cuestiones que requieran un trabajo intensivo en un futuro; estableciendo metas a corto plazo y objetivos específicos que impliquen un cambio en su comportamiento, pensamiento y emociones. Además establece estrategias para superar el episodio psicótico y prevenir recaídas. Para lograrlo, Halgin, R. y Krauss (2009) mencionan una implementación del plan de trabajo que considere el mejor sitio para llevar a cabo el tratamiento; siendo un hospital psiquiátrico si el afectado está en riesgo de lastimarse a sí mismo o a otros, o cuando es incapaz de cuidarse; un espacio de transición cuando ya ha sido dado de alta del psiquiátrico pero no está listo aun para vivir de manera independiente, enseñándolo a desarrollar habilidades para encontrar empleo y establecer sus propias situaciones de vida; y en el último de los casos un tratamiento de consulta externa al ser estos más limitados en tiempo de atención y menos personalizados.

En este sentido de implementación del tratamiento Florit, en su artículo de “La intervención¹⁹ temprana en psicosis” del 2009, afirma que las personas que reciben tratamiento en los primeros síntomas tienen mejor respuesta al mismo,

¹⁹ Ver anexo 5.

que aquellos que lo reciben después de tiempo. Coincidiendo con el artículo escrito por García, I. Fresán, A., Medina-Mora, M., y Ruiz, G. en el 2008, “impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT), en el curso y pronóstico de la esquizofrenia”, en donde encontraron que una DPNT larga se relaciona con un inicio insidioso de la enfermedad, mayor número de recaídas y re-hospitalizaciones psiquiátricas durante el curso de la enfermedad, además de una pobre respuesta al tratamiento farmacológico con antipsicóticos. Reportaron variables relacionadas con el entorno del paciente asociadas a la DPNT. Entre ellas, destacan la experiencia previa con los trastornos mentales en la familia con otro familiar porque muestran un menor DPNT en contraste con aquellos cuyas familias no han tenido experiencias previas de enfermedades mentales, en donde el atraso en la búsqueda de tratamiento adecuado especializado es consecuencia de un retraso en el diagnóstico de la enfermedad. En México, el promedio de la duración de la Psicosis no tratada (DPNT) es de 64 semanas, siendo éste similar al reportado en otros países en donde la media varía entre uno o dos años. Poniendo en riesgo la efectividad del tratamiento. Además describen que los pacientes con una adecuada red social tienen una menor DPNT comparados con aquellos cuya red social es limitada. Concluyen que la DPNT tiene un fuerte impacto sobre el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia y psicosis; que en el futuro se deben realizar estudios que la incluyan no solo como un factor pronóstico, sino con un objetivo clínico específico de la investigación en salud mental, ya que la información que se genere podrá ser la base para la creación y promoción de programas de detección e intervención tempranas.

Tomando en cuenta lo anterior, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en su revista de Salud Mental Vol. 37, suplemento 1, del mes de Abril del 2014, propone la Psicoeducación como una alternativa para subsanar la necesidad de información que se requiere con respecto a las enfermedades mentales, en todos los sectores de la sociedad y en la familia en particular, ya que también creen que la falta de la misma dificulta la búsqueda de una atención oportuna del paciente psicótico, al desconocer las instituciones y los servicios hospitalarios en donde pueden ser atendidos teniendo acceso a un diagnóstico y a

un tratamiento. Lo que no solo trae como consecuencia un deterioro en las personas que lo padecen, sino además promueve el estigma y la discriminación hacia los pacientes y sus familiares, creando así una barrera para el proceso del entendimiento, comprensión y aceptación de la enfermedad, dificultando la integración social. Por lo que pretenden una medicina integral, en la cual diversas disciplinas converjan en el abordaje de la distintas problemáticas que tienen lugar en el ámbito de la salud mental.

Por lo tanto, resulta fundamental proporcionar una atención biopsicosocial intensa, de calidad, continua y enérgica durante el periodo crítico del trastorno, sin embargo; solo es proporcionada después de un intento de suicidio, una recaída aguda o una incapacidad severa, antes de proporcionar una atención más especializada. Ya que entre el 10-20% de los pacientes no consiguen recuperarse por completo después de probar con dos medicamentos antipsicóticos y se debe considerar como una manifestación de la resistencia al tratamiento, lo que supondría la necesidad urgente de una intervención biopsicosocial más activa. (Gleeson, J. y McGorry, P. 2004)²⁰.

Es por ello que las intervenciones para la recuperación profesional se deben poner en marcha cuando ya se ha conseguido un estado clínico estable. En ese sentido, para iniciar el tratamiento Verduzco (2009) resalta la importancia que tiene la aplicación del tratamiento de acuerdo a la fase de psicosis que se encuentre el paciente, sugiere que el mismo debe ser integral con el objetivo de mantener la seguridad del mismo y de quienes le rodean, requiriendo observación de los síntomas psicóticos en estrecha colaboración entre el psiquiatra y el resto del equipo médico. Dentro de ese equipo médico, considera a los psicólogos quienes dice se encargan de proporcionar apoyo y educación al paciente y sus familiares acerca de los síntomas y su origen.

²⁰ Ver anexo 6.

De ahí la importancia del conocimiento y la formación en una variedad de enfoques que resultan indispensables para el psicólogo (Gleeson, J. y McGorry, P. 2004); la intervención en crisis, los conocimientos psicodinámicos, las técnicas cognitivo-conductuales, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, las estrategias educativas y de comunicación, así como las habilidades para la intervención familiar o grupal que forman parte del repertorio hoy disponible para distintas formas de abordaje. Así, la utilización de estas técnicas y enfoques deben estar unidas directamente a una evaluación minuciosa de las necesidades percibidas por el paciente y por los miembros de su familia, para reducir el riesgo de evolución del trastorno hasta llegar a retrasar o evitar la necesidad de terapias farmacológicas al menos en algunos pacientes. Tomando en cuenta en todo momento que la relación humana con la persona a la que se ha diagnosticado un trastorno psicótico, es la piedra angular de una terapia efectiva y la base para la recuperación.

Tomando en cuenta que el objetivo del tratamiento no es escapar de la enfermedad, sino superar sus consecuencias que por el momento no puedan ser eliminadas usando combinaciones técnicas, farmacológicas y psicosociales; mencionaré 3 alternativas de tratamientos psicológicas y algunas variantes para trabajar con este trastorno, basadas en las teorías Psicoanalítica, Cognitivo-conductual y Humanista. La intención es describir en líneas generales sus abordajes con la finalidad de mostrarles como opciones que desde la psicología se han generado para trabajar en el terreno de los padecimientos *mentales*, buscando ilustrar con ello que en esta disciplina se han generado diversos abordajes que la colocan como opción para el manejo de estas problemáticas.

3.2. Teoría psicoanalítica.

Freud estipuló que los pacientes con psicosis no podían establecer una relación con el terapeuta, especialmente una relación de transferencia y, por lo tanto, no podían ser tratados mediante el psicoanálisis.

Tomando en cuenta que la asociación libre (regla fundamental del psicoanálisis), parte del hecho de que a través de las palabras hiladas como discurso surgen las representaciones reprimidas por el yo²¹, y que es el psicoterapeuta o analista quien genera vías para relacionarlas con la parte oculta del ser del paciente, es decir; con su deseo. El propósito de la terapia psicoanalítica es: que el enfermo pueda revelarse a sí mismo sus tendencias reprimidas inconscientes y descubra las resistencias que en él se oponen para la ampliación de su propio conocimiento, a través de la disociación.²² Propósito que

²¹ **Ello, yo y superyó** son conceptos fundamentales en la teoría del psicoanálisis con que Freud intentó explicar el funcionamiento psíquico humano, postulando la existencia de un «aparato psíquico» que tiene una estructura particular. El ELLO es la parte primitiva, desorganizada e innata de la personalidad, cuyo único propósito es reducir la tensión creada por «pulsiones» primitivas relacionadas con el hambre, lo sexual, la agresión y los impulsos irracionales. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos, necesidades y deseos más elementales. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad. El YO tiene como fin cumplir de manera realista los deseos y demandas del ELLO con el mundo exterior, a la vez conciliándose con las exigencias del SUPERYO. El YO evoluciona según la edad y sus distintas exigencias del ELLO actuando como un intermediario contra el mundo externo. El YO sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ELLO de una manera apropiada. Utiliza razonamiento realista característico de los procesos secundarios que se podrían originar. Como ejecutor de la personalidad, el YO tiene que mediar entre las tres fuerzas que le exigen: el mundo de la realidad, el ELLO y el SUPERYO. El SUPERYO es la parte que contrarresta al ELLO, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la «conciencia moral» y el ideal del yo. La «conciencia moral» se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

²² Mecanismo de defensa que consiste en escindir elementos disruptivos para el yo del resto de la psique. Por lo que el sujeto vive con incongruencia sin darse cuenta. Freud consideraba la disociación como un comportamiento de la psique aprendido durante la infancia.

no podría ser alcanzado por un paciente psicótico dada su sintomatología²³ (García 2007).

Sin embargo, conforme fue pasando el tiempo fue modificando su teoría y en su libro *El malestar en la cultura*, publicado en 1930 y citado en García 2007, menciona que el sufrimiento de experimentar vínculos con otros seres humanos es el más doloroso de todos, debido a que el lazo social es la razón principal de la ausencia de satisfacción plena y contiene también un elemento que atenta con la propia existencia. Y debido a que esta identificación con el grupo no se da de manera armoniosa, se crea un conductor²⁴ que puede ser real o simbólico, mismo que es utilizado como “abrigo” imaginario que envuelve lo real para lograr sobrellevarla. Sugiriendo que quizá estos lazos sociales lastiman tanto al esquizofrénico o psicótico que lo mejor para ellos es su mundo subjetivo.

Meyer, por su parte (1950, citado en Davidson, Lambert, y McGlasham, 2004), con su postura psico-biológica, sostenía que el curso de muchos trastornos psiquiátricos, incluida la psicosis, podrían entenderse en el contexto de la historia vital de la persona como reacciones funcionales a los encuentros entre ella y el entorno. Dando pie a los neo-freudianos como Sullivan, a desarrollar una teoría de “psicoterapia interpersonal”, que intentaba explicar el trastorno a partir de esa

²³ En este sentido, de los síntomas de la psicosis la paranoia es uno de ellos, y Freud en su manuscrito H de 1895 y en el de Nuevas aportaciones sobre la neuropsicosis de defensa, citados en García (2007), pone atención a la proyección de los auto reproches realizados en el momento de una experiencia lamentable ya que afirma dan lugar a la desconfianza y alucinaciones auditivas, así las voces oídas tienen su origen en la represión de los pensamientos para autoacusarse y éstos elementos reprimidos llegaran a la conciencia gracias a que le impondrían al yo un trabajo de pensamiento cuya expresión sería el delirio de interpretación y cuya culminación sería su propia alteración. Entendiendo como delirio una forma de entrar de nuevo en contacto con la realidad. (Lacan, J,1956, seminario 3 la psicosis citado en Manrique & Lodoño 2012)

²⁴ Este conductor mencionado por Freud es el ideal de yo, mismo que para lacan equivale al significante amo que tiene un poder ilimitado para regular la satisfacción dentro de un marco tolerable a la sociedad y al sujeto, cuyo límite es la palabra y lo que ésta logra contener, lo que no se somete al significante.

base, con una forma modificada de terapia psicoanalítica orientada a la realidad más activa y flexible; ya que consideraba que el modelo de psicosis como enfermedad orgánica era errónea y planteó que se trataba de un problema de adaptación fundamentado en experiencias tempranas y, quizás, en alguna predisposición constitucional (Gleeson, J. & McGorry, P. 2004).

Por su parte, Frieda Fromm-Reichmann -sucesora de Sullivan-, integró su perspectiva interpersonal con el pensamiento y la terminología clásica del psicoanálisis; opinaba que el diagnóstico de la enfermedad era dado con una connotación de inaccesibilidad terapéutica en donde únicamente los tratamientos de electrochoque y psicocirugía ayudaban a mitigar el sufrimiento a costa de la integridad emocional y evolución del paciente, que con frecuencia llevaban una vida empobrecida y solitaria dentro de los contextos comunitarios pasando a un estado de abandono, desarrollando lo que se convertiría en el prototipo de “psicoterapia psicodinámica” (Gleeson, J. & McGorry, P. 2004), misma que consideraba que la psicopatología estaba generada por un conflicto psicológico activo y sostenido, entre los impulsos de deseo, por una parte, y los deseos antitéticos y la realidad o la consciencia, por la otra. Explicó que este conflicto generaba defensas contra el impulso del deseo y tales defensas se contemplaban en forma de síntomas. En donde los síntomas eran considerados dinámicos, es decir; psicológicos y propulsados por el estrés significativo de situaciones pasadas en el desarrollo del paciente, además de que podían producirse total o parcialmente fuera de la consciencia.

Afirmaba que la mente de un paciente con esquizofrenia o psicosis regresaba a estadios o niveles de organización evolutivamente anteriores. Así, las estrategias terapéuticas de su psicoterapia psicodinámica reproducía el modelo de

conflicto/defensa del psicoanálisis clásico usado en pacientes neuróticos²⁵. Entre estas estrategias se encuentran:

- a) La posición del terapeuta como explorador neutral del proceso interactivo que busca la verdad sobre la experiencia del paciente, más que el cambio -recuperación social-.
- b) La centralidad de la relación de transferencia uno a uno.
- c) La admonición para interpretar la transferencia negativa pero no la transferencia positiva y
- d) La importancia de la identificación y eliminación de las defensas.

Su objetivo era eliminar las fijaciones evolutivas de la persona a través del insight²⁶ y de la elaboración, permitiendo así la reaparición del crecimiento emocional *normal*. Por ello, el tratamiento era confrontante, clarificante e interpretativo del significado que le daba el individuo.

Así, Sullivan y Fromm-Reichmann modificaron la técnica teniendo a las personas sentadas en sesiones interactivas frecuentes; pero, aun así las sesiones seguían siendo exploratorias, intensivas y a largo plazo en donde “la comprensión”

²⁵De acuerdo con Manrique y Lodoño (2012), Freud aseguró que la diferencia más importante entre la neurosis y la psicosis es que la primera es el resultado entre un conflicto del yo y el ello; mientras que la segunda es un conflicto entre el yo y el mundo exterior. Ya que el psicótico pierde contacto con la realidad y recrea una realidad encerrado en su delirio, que va acompañado de alucinaciones, entendidas como representaciones psíquicas que irrumpen desde el exterior y se imponen como percepción. En otras palabras el psicótico escucha su propio pensamiento y cree que viene desde afuera, por lo que literalmente habla con su yo y lo siente como un tercero. Para él ambas se basan en un conflicto entre el impulso instintivo y el temor de un posible dolor vinculado a este. Con ello el neurótico reprime el instinto y obedece a la amenaza del mundo externo y el psicótico niega el mundo externo y obedece su instinto, debido a que en palabras de Lacan no encuentra ninguna sustitución imaginaria y pierde la realización de lo real.

²⁶ Término utilizado para designar la comprensión de algo. Mediante un insight el sujeto capta, internaliza o comprende una verdad revelada, puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente o mediante el empleo de diversas técnicas, provocando cambios conductuales, debido a que afecta la conciencia y la relación que establece con el otro y el medio

era el objetivo de la terapia (Davidson, Lambert y McGlasham, 2004). Básicamente, trataban a la psicosis como lo hacen con la neurosis en el psicoanálisis, la única diferencia que hay entre ambas es la intensidad de los síntomas siendo la primera más intensa.

En este sentido, Culberg y Johannessen (2004 p. 379), afirmaron que el término “psicodinámico” se debe a la interacción activa que se produce entre el individuo y el entorno psicosocial y físico. Además, también resaltan la importancia de los factores psicosociales protectores y patogénicos en las reacciones individuales ante sucesos estresantes. Así, la psicoterapia psicodinámica, además de centrarse en el incremento del autoconocimiento, hace de la relación entre la persona y su entorno el principal foco de atención del proceso de tratamiento. Añaden otro punto importante que es el conocimiento de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, para comprender las vicisitudes clínicas. En donde la simbolización y formación del lenguaje son conceptos muy importantes para comprender mejor algunos fenómenos de la psicosis. Coincidiendo con Lacan, quien también dio importancia a dicha simbolización y al lenguaje, planteando una estrecha relación entre éste último y el sujeto psicótico, dedicándole su seminario 3 (citado en García, 2007), exponiendo que el desencadenamiento de la psicosis se originará cuando el sujeto recibe, desde el campo del Otro²⁷, un llamado a responder desde un significante que no tiene. Y emplea el término alemán *verwerfung*, para designar el mecanismo causante de la psicosis²⁸.

²⁷ Esta teoría remite al modo de relación con el otro, y deja notar que desde el mundo exterior proviene una exigencia que no puede ser resuelta por el psicótico (García 2007).

²⁸ En sus palabras: *“Precisamente, porque es llamado en el terreno donde no puede responder, el único modo de reaccionar que puede vincularlo a la humanización que tiende a perder, es presentificarse perpetuamente en ese comentario trivial de la corriente de la vida que constituye el texto del automatismo mental”* (Lacan 1984, citado en García 2007 p. 44).

Explicando con este mecanismo que la psicosis es el rechazo de un significante fundamental (forclusión), expulsado de los simbolismos del sujeto (que no está integrado en el inconsciente, ya que los contenidos reprimidos en el inconsciente regresan en forma de sueños, actos fallidos, síntomas neuróticos etc.), en donde el retorno de los significantes forcluidos ocurre en forma de alucinaciones. Así, este significante fundamental hace referencia a una carencia básica de un significante primordial, como lo es el significante del nombre del padre²⁹, que puede deberse a que la madre no ha sabido transmitir la función paterna al sentir a su hijo como propio, al despreciarlo, o porque el padre o quién represente dicha función ha sido repudiado desde la infancia.

Ahora bien, retomando lo mencionado anteriormente con respecto a que el establecimiento de los lazos sociales no se da de manera armoniosa, y que la psicosis surge precisamente cuando el sujeto recibe del campo del otro un llamado a responder desde un significado que no tiene, el psicótico crea un conductor, que no es más que una especie de abrigo para soportar la realidad; abrigo llamado significante amo (Lacan 1984, citado en García 2007), que tiene el poder para regular la satisfacción dentro del marco tolerable a la sociedad y al sujeto, cuyo límite es la palabra y lo que ésta logra contener, lo que no somete al significante. En donde la forclusión³⁰ del Nombre-del-padre, es el significante llamado a sustituir el significante originario del deseo de la madre. Es entonces que Lacan propone que la abolición del significante del Nombre-del-padre, constituye lo que separa la psicosis de la neurosis.

Por lo tanto, desde esta perspectiva de lo psicodinámico, la psicosis se entiende como un fracaso de las estructuras del ego (también denominadas

²⁹Que es un padre estructurado desde el inconsciente; una existencia simbólica y universal, que se rige por leyes internas, al ser la representación que da origen a una estructura, designándolo así como un significante que lo dota de originalidad (Dor 1998, citado en García 2007).

³⁰ Término que hace referencia a la abolición de un significante.

mecanismos de afrontamiento psicológicos o mecanismos de defensa psicológicos en función del contexto en el que se utilizan); como un descenso de la capacidad para diferenciar entre el mundo interno y externo, generándose de este modo una desintegración subjetiva caótica y profundamente generadora de ansiedad. Este proceso puede interpretarse como una reacción inadecuada al estrés que interactúa con una vulnerabilidad psicológica específica y sobrepasa la capacidad de afrontamiento del individuo. Así las cosas, esta perspectiva no constituye un modelo causal de la psicosis, pero ofrece una interpretación de las tensiones dinámicas que contribuyen a la emergencia de la misma.

Asume una continuidad entre la normalidad y el desarrollo de los trastornos psicóticos, cuyo proceso de transición comienza en la fase prodrómica con perturbaciones ligeras en la experiencia subjetiva. Por ello, la persona pre psicótica crea explicaciones personales e idiosincrásicas para hacer frente a la terrible confusión que surge de unas experiencias anómalas que no están sujetas a la capacidad crítica que normalmente integra el mundo interno y externo. En su lugar, estas explicaciones son producto del pensamiento regresivo y primitivo que prevalece en la fase aguda. Por ejemplo: la creencia de un paciente de que una persona u organización maligna está controlando su pensamiento, puede ser una explicación para su estado de confusión absurdo y amenazante (Culberg y Johannessen, 2004).

Por otra parte, la perspectiva dinámica también incorpora la noción de una capacidad “espontánea” del ego para “curar” la identidad psicótica, siempre que el contexto le ofrezca su apoyo. Por tanto, un punto importante del trabajo dinámico es la disponibilidad de un cuidado adecuado durante el proceso de recuperación.

Cuyos aspectos clínicos son:

- Generar un encuentro terapéutico productivo, en un contexto o entorno tranquilo que transmita la sensación de seguridad.
- Continuidad en el cuidado en una relación sólida y de confianza con una persona de contacto regular.
- Realización de un genograma: para reunir información sobre la historia social, cultural y psiquiátrica de la familia y conocer a los miembros; además de establecer un sentido de coherencia para el paciente y la familia en relación al periodo de enfermedad y ubicarlo dentro de la historia de la familia.
- Planificación del futuro cercano: una vez que los síntomas se hayan reducido un poco.

Tomando en cuenta los aspectos clínicos mencionados anteriormente, Guillermo Delahanty en su artículo publicado en el 2006, titulado Frieda Fromm Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia, menciona que la psicoterapia es un proceso interpersonal, en el cual intervienen el psicoterapeuta y el paciente, cada uno cumpliendo su rol; en donde el primero es solo un observador participante en la relación interpersonal que debe saber escuchar, obtener datos para la comprensión y toma de conciencia genética y dinámica en la enfermedad mental y propone un método para el proceso de psicoterapia cuyos pasos son:

- *Primera entrevista:* en ella se recaba información acerca de las dolencias del paciente, quejas, sufrimientos, el motivo de consulta, busca conocer y comprender el trauma inicial, el motivo de consulta o lo que lleva a sus familiares y amigos a determinar que está enfermo. También se pregunta por las circunstancias actuales, el ambiente original, los factores precipitantes, síntomas corporales y afectivos que precedieron o acompañan la manifestación psicótica. Además ha de observarse en todo

momento las actitudes, palabras y gestos del paciente. Una vez avanzado el contacto y con su autorización se entrevista a una persona significativa de su entorno. Y se le envía al psicodiagnóstico aplicándole pruebas como Rorschach, WAIS, entre otras como complemento.

- *Contacto:* empieza con un periodo de entrevistas diarias para que el paciente se familiarice con el terapeuta, se dé cuenta si le puede ser útil y supere su ansiedad. Buscando crear un ambiente de aceptación, comodidad y comprensión, ya que al sentirse aceptado su dependencia aumentara. En esta etapa se establece un acuerdo con el paciente al respecto de la naturaleza del tratamiento. Se le da la libertad de deambular en el espacio en donde se lleva a cabo la psicoterapia con el fin de que se sienta cómodo y seguro para abandonar su aislamiento y usar al médico para establecer de nuevo contacto con el mundo. Las sesiones deben ser flexibles en tiempo y esperar a terminarlas hasta que disminuya la angustia del paciente si es que se presenta, aquí no importa que todo el tiempo se esté en silencio el paciente (puede ser signo de hostilidad y resistencia), lo importante es interrumpirlo si se empieza a angustiar y no olvidar que quizá no sepa comunicarse debido a que sus diálogos fueron distorsionados durante su infancia, menciona que cuando la comunicación está perturbada por escasas verbalizaciones, conviene realizar técnicas de juego. No sólo hay que entender el silencio como resistencia sino como rechazo a la intimidad ya que el esquizofrénico es en cierta manera desconfiado de todo el mundo. De lo que se trata es de darle al paciente todos los signos de consideración empática que necesitan a raíz de su sufrimiento.
- *Interpretación:* considera que el abordaje con los esquizofrénicos y psicóticos es desde la interpretación de su dinámica genética, es decir; desde investigar e interpretar las experiencias genéticas y los procesos dinámicos que causan las manifestaciones de los pacientes. Considera complicado decidir el momento oportuno para realizar una interpretación, ya que piensa es mejor que el paciente encuentre sus propias respuestas a

pesar de que tarde en encontrarlas, esto es importante para el tratamiento, pero no pierde de vista que el realizarlas le proporciona al paciente un mejor entendimiento del significado de su inconsciente y que incluso éste puede encontrarlas a través del insight de la historia de las causas dinámicas responsables de su trastorno. En esta etapa el paciente recibe las interpretaciones cuando está preparado para recibirlas y no antes de tiempo, así cuando actúa el síntoma se le explica que no es comprensible, y que es mejor decirlo con palabras, y con respecto a las alucinaciones y delirios si éstos no generan angustia o no perturban mucho al paciente es mejor no tomarlos en cuenta. Finalmente la reelaboración de las experiencias hasta su comprensión se convierte en una toma de consciencia, lo que es fundamental en la psicoterapia.

- *Proceso de transferencia y resistencia:* hace referencia a que la atención terapéutica se centra en la investigación y aclaración dinámica de los aspectos conscientes e inconscientes de la relación entre el terapeuta y el paciente y en sus aspectos transferenciales. Aquí conocer la transferencia positiva, negativa y las distorsiones paratáxicas³¹ es de suma importancia debido a que los esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones de transferencia adecuadas –generalmente intensas y sensibles–, por ello una psicoterapia exitosa depende de que el psicoanalista comprenda la significación de estos fenómenos de transferencia, contratransferencia, atienda las maniobras conscientes de defensa y las manifestaciones inconscientes de resistencia y los trate apropiadamente además claro está de que explore y aclare la ansiedad y la sintomatología esquizofrénica. Contemplando en todo momento que él es el puente entre la retirada del mundo y el contacto con la realidad que el paciente tiene. Por lo que se debe mantener como un observador participante, un agente terapéutico y un representante de una mejor realidad cuya experiencia le ha sido negada

³¹ Son experiencias interpersonales distorsionadas en las relaciones interpersonales presentes en la gente, son condicionadas y provienen de las experiencias previas de los pacientes, pueden ser desde la infancia y no necesariamente a complicaciones con los padres.

al paciente. Además debe permitir y resolver las pautas patogénicas sin aceptar expresiones de violencia y hostilidad que generen en él una contratransferencia abrumadora, con miedo y angustia al sentirse amenazado ante las reacciones violentas del paciente. Por lo que debe superar y controlar sus sentimientos e inseguridad, ya que esto perturba la inseguridad del paciente; y una manera de tranquilizarlo es alentándolo a que exprese y afronte gradualmente su hostilidad, ansiedad y sus causas. Ya que de lo contrario como respuesta de percibir las inseguridades del terapeuta el paciente tendrá cambios dramáticos, repentinos y tormentosos, que van del amor al odio, de la disposición de abandonar el mundo delirante a la resistencia de hacerlo y a un renovado retiro de la realidad. Por lo tanto las dificultades de la psicoterapia derivan de la dinámica de los pacientes y de la contratransferencia que provoca en el terapeuta.

- *Terminación:* al llegar a esta etapa se revisa con el paciente la historia de sus padecimientos y se habla de los descubrimientos logrados a través del psicoanálisis. Es esta etapa se espera que el paciente se libere de los síntomas mentales –ansiedad- y pueda utilizar sus tendencias innatas hacia el desarrollo y la maduración personal, no estorbadas por la codicia, la envidia y los celos. Además se espera que este libre para poder expandir su personalidad y pueda esforzarse para lograr la autorrealización. Debe poder dar y aceptar amor, cariño y establecer relaciones durables de intimidad afectiva y física. Por lo tanto se espera que realice sus metas con su talento, sus instrumentos para así poder establecer su potencial y que pueda afirmarse sobre su propia vida, cuidado, respeto, responsabilidad y conocimiento de sí mismo.
- *Promesa:* no se debe esperar que luego de la recuperación que la vida se convierta en un jardín de rosas.

Sin embargo, a pesar de su explicación del desarrollo del trastorno y de sus aspectos clínicos, estas formas de psicoterapia psicoanalítica adaptadas específicamente a la psicosis, se fueron poniendo en duda gradualmente para el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis, debido a la dificultad demostrada para encontrar pruebas de su eficacia tanto como tratamiento único como utilizado junto a la terapia farmacológica.

3.2.1. Ejemplo de un caso.

Se trata del extracto G del análisis de un caso de psicosis paranoica, “caso Ela”. Realizado en el Hospital de Nazareth, en Bogotá, dentro del programa Ecoterapia por Heimy Carolina Roa³², miembro del semillero de investigación de psicoanálisis y Sociedad, publicado en la revista Mental del 2012, mismo que se cita textualmente en palabras de su autor. Explicado desde la clínica Lacaniana, en donde podemos vislumbrar aspectos clínicos propuestos por Frieda Fromm Reichmann.

Antecedentes.

Lo ocurrido con Ela fue reportado por medio de un informe que genera el Hospital de Tunjuelito, correspondiente al 12 de julio del 2005, donde se describió que Ela fue llevada al hospital esposada por la policía, quienes manifestaron lo siguiente:

“Fue encontrada tirándose a los vehículos en la calle a las 6:30 p.m.”

³²Quien en sus propias palabras pretendió seguir la misma línea estructural del caso Aimée de Lacan estudiado y expuesto en su tesis de Doctorado en Medicina: De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad en 1932.

Por otra parte, el hospital registra en la historia clínica que ella no responde lo que se le pregunta respecto a lo ocurrido en la vía pública ese día, como tampoco responde a datos de su familia, se desconocen aquí los antecedentes clínicos de la paciente. El médico quien la atendió en la valoración inicial realizada manifestó que ella ingresó con agitación psicomotriz, es por esto que el personal médico procedió a inmovilizarla y posteriormente a ello fue medicada.

Tras leer la historia clínica de la paciente se supo que tenía 43 años, y al momento de su ingreso tenía 37, dos hermanos y una hermana, en donde ella es la menor.

En el historial clínico de Ela se encuentra un reporte médico del hospital Tunjuelito, realizado en el 12 de junio de 2005 y que fue entregado al Hospital Nazareth; es el concepto dado en la evolución por el Doctor José, donde describe:

“paciente que presenta conducta de agitación psicomotora y agresividad; al parecer con tratamiento psiquiátrico, por cuadros psicóticos de características paranoides y afectivas, pero sin apoyo familiar y sin tratamiento continuo, al menos en Hospital Tunjuelito (San Benito)”

“somnolencia, no colabora, sin datos confiables por su estado mental, sin apoyo familiar, desorganizada y con malos hábitos de aseo, requiere atención especializada (institución en salud mental)”.

“[...] se trata de establecer comunicación con la familia, pero la rechazan y no quieren saber nada de ella, se llama a varias unidades de salud mental (Estrella, Kennedy, Santa Clara), donde aparentemente ya ha permanecido sin ningún apoyo familiar y por último es llevada a la residencia para que los padres se responsabilicen de la paciente, pero estos se niegan [...]”.

Adicionalmente, se agrega información por parte de las enfermeras del hospital, *“al día siguiente la paciente rompe un vidrio de urgencias y maltrata a varias enfermeras, es inmovilizada y sedada.”*

"la paciente refiere que su trastorno mental se relaciona con el haber sido abusada sexualmente por su padre".

"se realiza una valoración de la paciente donde relata que el inicio de la enfermedad se da a partir de los 14 años, menciona textualmente; me acomplexaba mucho",

"[...] historia de la enfermedad mental de varios años de evolución, con tratamientos irregulares y reiteradas hospitalizaciones en diversos hospitales [...] al parecer ha habitado la calle".

Aparece un nuevo centro de donde al igual que muchos no hay registro (Chía), se manifiesta en la historia además que el día en el que ella llegó al hospital fue alrededor de las 6:30 am, y durante el trayecto se mostraba tranquila: *"acepta su traslado voluntariamente, posterior a ello se muestra ansiosa y demandante [...]"*

Respecto a su medicación manifiesta el jefe de enfermería, quien tiene conocimiento del caso desde su inicio, que a Ela se le suministraron dosis muy altas de medicamentos, ante esto él relata:

"[...] recibía grandes dosis de medicamentos antipsicóticos para las alucinaciones, dosis que otra persona orgánicamente no soportaría, la paciente era muy agresiva, según manifiestan compañeros anteriores a mí, pero con el tiempo se ha adaptado al programa [...]".

"[...] ella era participativa en el parque Chaquén, le gustaba tener muchas actividades, lo que siempre le ha gustado mucho es hacer el riego, a ella le interesaban mucho las plantas ornamentales [...]".

"Cuando ella y yo hablamos dice que es una doctora que es psicóloga, siempre se negaba además a bajar a consultas médicas, finalmente decide asistir y desconozco el por qué".

“Siempre es como se le ve, habla de lo que se pregunte, pero después de un rato cambia de tema se distorsiona lo que dice”, “cuando dice que quiere saber de la familia se le invita a llamarla pero ella se niega”, “no se le conoce pareja dentro del centro aunque al parecer hubo gusto con otro paciente Iván, se daban picos (besos), pero nunca establecieron una relación, es más, se molestaba si se le preguntaba de esto” (Trabajadora Social).

Otro profesional refirió:

“Había un paciente en el centro muy interesado en ella, llamado Rafael, quien buscaba la forma de acercarse, ella por lo general lo golpeaba al dirigirse a él, Rafael manifiesta: “me gusta mirarla, a veces hablarle, no me importa si ella me pega, ella me gusta” (Catalina, Psicóloga)”.

“Ela manifiesta miedo a montarse al caballo, que porque se cae y como causa de curiosidad el que camine por tiempos prolongados sin agotarse: ella va mucho a caminatas”.

Por otra parte, para finalizar, coinciden también respecto a sus actividades cotidianas. Ela cumple con mantener su aseo personal y del módulo en donde duerme.

Diagnóstico.

*Lo que en principio aquí se pretende es que a partir de aquello que se logra construir en la historia de la paciente, como también de lo que se cree a partir de lo que no se sabe de ella, articularlo a la teoría psicoanalítica lacaniana, la cual permitirá hacer una lectura del caso, para finalmente acercarlo a un diagnóstico. La explicación del caso se realiza a partir del texto, *Comprensión y tratamiento de la psicosis. Un abordaje clínico psicoanalítico desde la concepción de Freud y**

Lacan (2011), escrito por Jairo Báez, director del grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis y director de pasantía realizada; con esto se pretendió ampliar el conocimiento en contexto y en línea sobre la psicosis vista desde el psicoanálisis.

He de enunciar lo que en primera instancia ha de ubicar a la paciente en una estructura psicótica, ubicación que se da por medio de lo que con Ela ocurre, direccionado por lo propuesto por Lacan. Desde lo que se cree ocurre en su formación inicial y cómo dicha estructura marca todo lo vivido por la sujeto, "*lo que se busca en la psicosis no es tanto eso que habla en el sujeto sino como eso habla, cuál es esa estructura*".

El psicótico siempre será el testigo leal de la existencia del inconsciente a pesar de que no pueda valerse interesadamente de su saber.

Lacan enuncia lineamientos importantes que se han de tener muy en cuenta para el momento del diagnóstico de una psicosis; primero que en efecto haya presencia de la forclusión; segundo, que ante la no existencia simbólica del nombre del padre, el sujeto se exija a reemplazar dicho lugar y tercero que el reemplazo se dé en lo real o en su delirio. Además, Lacan refiere que la presencia de psicosis está dada por trastornos en el lenguaje.

Para el psicoanálisis, el diagnóstico de psicosis y su tipo clínico implican tener en cuenta no sólo los signos clínicos que sugieren una discontinuidad en la defensa frente a lo real sino también los procesos y modos de compensación.

Del trabajo de intervención con la paciente.

He de empezar haciendo una leve descripción de la intervención desde la clínica lacaniana de la psicosis. La intervención en la psicosis supone una clínica del significante aislado y la posibilidad de apareamiento con el goce, la intervención con el psicótico invita a, conducirlo a la perplejidad en el encuentro con el significante sólo a fin de que siga un efecto de sujeto. El dispositivo analítico

para el psicótico debe ser el lugar donde se le escuche y, en la medida de lo posible, se le permita trazar un borde, dejar algo, sin ser rechazado o descalificado

En la primera entrevista se obtiene además del mismo historial un relato de Ela respecto a su infancia:

“mi niñez fue amarga, porque sufrimos mucha pobreza, a mí me pagaban estudio pero éramos muy pobres, mi papá me pegaba, después de que tuve la niña mi vida fue muy dura, mi padre me daba puñetazos y después me casé. Mi madre Blanca [...] y mi padre Luis [...] trabajaba manejando un carro, mi mamá era ama de casa; mis hermanos se llaman Mauricio Fernando, Rubiela; mis hermanos trabajaban en la casa manejando carro yo trabajaba en la casa, con el hogar cuidando mis hijos [...] yo vivía en mi casa en el barrio Socorro, era de dos plantas, recuerdo este número telefónico [...], quiero que pregunte por Edith [...] o Nelson [...] o Jeisson [...], que son amigos que viven a cargo de la casa.”

El primer acercamiento o contacto que se realizó, es de observación, donde he de encontrarme con el actuar de Ela; rápidamente ante mis ojos ella hablaba con sus estudiantes, dirigía una clase, hablaba en voz alta, andaba a un lado y otro del pequeño espacio al lado del comedor, movía pausadamente sus brazos y manos mientras hablaba, enuncia palabras sueltas, sin aparente orden.

A pocos días de lo observado con anterioridad, Ela se encuentra dictando su clase, yo me ubico cerca de ella para poder escuchar lo que enuncia, cuando ligeramente pone su mano en mi brazo y dice; *“Así, así y dele dele”* y se retira del lugar.

A partir de todo lo visto, me acerco paulatinamente a ella, con una presentación, manifestándole además que podía hablar de lo que quisiera. A lo que ella agradece y manifiesta que esto sería hecho en otro momento. Finalmente,

durante los primeros acercamientos ella refiere sentir angustia, que para ella es lo mismo que desespero; ante la pregunta de que es la angustia ella responde; "desespero". Posterior a ello enuncia "voy a entrar en crisis", yo repito, "¿crisis?", "¿qué es crisis?", ella responde, "desespero, ganas de correr y hacer algo", le pregunto, "¿hacer qué?", ella dice, "descansar, dormir", da las gracias por haber sido escuchada, se retira a su módulo, la sigo de lejos y en efecto se acuesta en su cama. En un encuentro en los corredores del centro ella dice, "mi papá me pegaba y a mi hija también, por eso ella también está mal de la cabeza", finalizando sus palabras se retira.

Cada acercamiento, enunciaba estar bien, si mucho manifiesta sentir angustia, pero ante la pregunta, se marcha, manifestando no querer hablar más.

En las últimas semanas, ocurre que en la intervención, doy respuesta a una pregunta que ella formula y se retira. Al día siguiente he de responder mi pregunta, Ela busca a mi compañera Catalina psicóloga quien también ocupa un lugar de psicóloga y confiesa querer ser escuchada por ella, le pregunta si lo que hablan quedará solo entre ellas y le pide ayuda para salir del problema que tiene.

Durante las últimas intervenciones, la psicóloga me relató que Ela se acerca a ella nuevamente:

"Dijo que tenía tres hijos, y le pregunté dónde estaban, ella dijo que ahí (señalando al vacío) que si no los veía, y me dio como miedo decirle que no, creo que no dejé de sentir temor hacia ella, también recuerdo que le pregunté ¿qué estaba haciendo? ¿Qué pasó con las clases que estaba dictando?, ella dijo que ya no trabajaba en el colegio sino que estaba trabajando como psicóloga psiquiatra en el hospital de Kennedy y que le iba bien pero que había algo que hacer con los pacientes, porque estaban muy mal, pero que de resto todo bien".

Agrega la psicóloga, "así lo dijo tal cual y cuando le dije que cómo hacía para trabajar estando ahí encerrada ella me dijo que no quería hablar más y se fue".

El equipo de trabajo del programa refirió que Ela no permite que se le tomen fotos, sin embargo los últimos días de nuestra permanencia allí, accedió a unas grabaciones, por momentos se miró, pero evitó dirigir la mirada al computador, se despidió a petición de sus compañeros, retomando su conversación con su delirio.

Lo que se logra con Ela al transcurso de estos seis meses, es en primera instancia rescatar la historia de una persona de la cual no se tienen datos precisos, una historia olvidada no sólo por aquellos quienes tuvieron un poco más de cerca su proceso, además del desconocimiento de ese Otro de la institución. Ela tiene una psicosis desencadenada; para el trabajo con ella se acude a la escucha, tal como se propone en la clínica psicoanalítica, con el fin de lograr mantener el lazo social en la sujeto e intentar unir los débiles lazos entre lo simbólico y lo imaginario:

La intervención en la psicosis supone una clínica de la sorpresa; sorprender al psicótico, conducirlo a la perplejidad en el encuentro con el significante solo a fin de que siga un efecto del sujeto.

El dispositivo analítico para el psicótico debe ser el lugar donde se le escuche y, en la medida de lo posible, se le permita trazar un borde, dejar algo, sin ser rechazado o descalificado.

Seguido a esto se ha de despertar la angustia en la sujeto llevándola a la búsqueda del espacio de escucha. Conjuntamente la lleva a preguntar con insistencia por su familia, enunciando que se siente mejor y que ya es momento de irse de ese lugar. Sin embargo, la institución usa lo dicho por Ela con el fin de manipular su petición, transmitiéndole que se iría con su familia con la única condición de bajar a su consulta médica, Ela accede y después de ello no se le escucha de nuevo solicitar ver a su familia.

Ela ya no es vista dando clase a sus estudiantes, en primera instancia imagino que algo en ella a partir de la palabra se resuelve, algo que le permite disminuir sus momentos de delirio; lo que ha de preocuparme es que hay posiblemente un rasgo esquizoide en la paciente, la cual la sume en una degeneración de la enfermedad, cuanto menos se ate y se le ate a la palabra está próxima a que esto ocurra, ¿estará Ela al límite de la esquizofrenia? ¿Ese será el futuro de la paciente? En una institución donde no importa el devenir, sino el instante diario de "bienestar" que se le pueda ofrecer a los pacientes. La intención de la institución es importante y llamativa, pero pienso que se deja de lado la atención única y con esto se pierde lo que cada sujeto enuncie. Aquellos quienes pacientemente esperan su final, o como lo escuché en uno de ellos, *"solo cuento los días para poder descansar, ya sé que mi vida va a terminar en este lugar. Y espero que sea pronto"*.

Por lo demás, qué ocurre a nivel de ese Otro, que deja en el olvido a un miembro de su familia, quedará la incógnita por aquello que en ellos ocurre, lo que tienen por decir, en cuanto a lo vivido con una sujeto psicótica, la cual ocurrió durante el embarazo de Ela y cómo fueron primeros años de vida.

3.3. Teoría Cognitivo – conductual.

Tradicionalmente se ha considerado que la psicosis no podía ser abordada con tratamientos psicológicos (psicodinámicos), ya que los resultados de algunos estudios controlados no aconsejaban su utilización. Además no se contaba con suficiente evidencia que respaldara su uso. Y si le sumamos el descenso drástico de la tasa de prevención de recaídas asociado a los enfoques psicopedagógicos, el interés de los profesionales de la salud que trabajan con personas que padecen trastornos psicóticos se volcó hacia las técnicas conductuales.

Teniendo como telón de fondo que los médicos prescriben medicamentos combinando a manera de ensayo-error; que sus efectos secundarios son indeseables para los pacientes; que muchos de ellos no presentan adherencia al tratamiento; que cada episodio psicótico trae como consecuencia alteraciones en el estado de ánimo y ansiedad así como el incremento de los síntomas positivos y el deterioro funcional social; que el tratamiento farmacológico no constituye una garantía para evitar recaídas y que no es la terapia de elección para mejorar la competencia personal y el funcionamiento social, la Terapia cognitivo conductual (TCC) gana cada vez más terreno como una alternativa de tratamiento cuando los síntomas psicóticos positivos son resistentes a la medicación neuroléptica. (Cuevas, 2006).

Actualmente las terapias cognitivo conductuales han arrojado resultados si bien no definitivos, si prometedores en el tratamiento de personas que sufren trastornos psicóticos.³³

³³ Ver anexo 7.

En el tratamiento precoz, estas terapias son fundamentales al proporcionar una base humana de cuidado continuo, al prevenir y resolver las consecuencias secundarias de la enfermedad y al promover la recuperación. Esta etapa de recuperación puede preservar un sentido estable de la propia identidad, al mantener la autoestima y el funcionamiento social, para abordar los problemas del uso de sustancias, del estado de ánimo y de ansiedad asociados y además para mejorar la adherencia al tratamiento.

De acuerdo con Davidson, Lambert y McGlashan, (2004), el modelo cognitivo-conductual identifica y después reduce los síntomas y las conductas asociadas con la psicosis, como las ideas delirantes y las alucinaciones a través de intervenciones altamente estructuradas que duran entre 4 y 16 sesiones, en donde todas ellas tratan de alcanzar el ideal de ser empíricamente demostrables y replicables. Afirman que la finalidad de este tratamiento es modificar las creencias, las conductas y los síntomas maladaptativos hasta una posición menos en el extremo del continuo usando el razonamiento y, además, reducir el miedo, la confusión y la incertidumbre asociados con éstos síntomas en las experiencias del paciente relacionándolos con las experiencias normales de las que constituyen exageraciones. El objetivo es explicar y desestigmatizar las experiencias confusas y amedrentadoras, sin perder de vista el hecho de que algo es seriamente erróneo.

Esta teoría, parte del supuesto de que las personas evolucionan y mantienen series cognitivas o esquemas que les permiten dar sentido a sus experiencias. Así, desde este punto de vista la psicopatología es el resultado de las distorsiones en la formación o uso de dichos esquemas. Por ejemplo: por una parte, las experiencias perceptuales anormales (alucinaciones), pueden generar -a través de un proceso inferencial que bajo otras circunstancias sería normal- la producción de creencias mal-adaptativas (Dios me habla); o, por otra, estas experiencias perceptuales normales pueden ser distorsionadas a través del uso rígido de esquemas que son inapropiados al contexto y contenido de tales

experiencias. Es por ello que las ideas delirantes son consideradas como el reflejo de series cognitivas inflexibles o excesivamente estrechas que se resisten a la des-confirmación y que, como resultado, conducen a la malinterpretación de nuevos sucesos en concordancia con sus sistemas de creencias. Así, la localización de algunos de los síntomas claves de la psicosis al nivel de los esquemas cognitivos sugiere la existencia de “focos” específicos de intervenciones cognitivo-conductuales. Entre estos focos, se encuentran: la vulnerabilidad a la desorganización aguda; las distorsiones perceptuales; los deterioros en la atención y en la memoria, en el razonamiento inferencias y en el juicio social; los trastornos emocionales y deterioros en la regulación del afecto; la incapacidad social y las distorsiones en el sentido del self³⁴ y de los otros. (Davidson, Lambert y McGlasham 2004).

De ahí que este enfoque mantenga su interés por la **forma y el contenido** de las creencias delirantes, ya que suponen que su “contenido” representa los esfuerzos de la persona por dar sentido a algunas experiencias previas, mismas que pueden ser de naturaleza anormal –como en el caso de los delirios generados como explicaciones de las experiencias alucinatorias- o pueden ser experiencias relativamente normales procesadas de un modo distorsionado. En ambos casos, los procesos de pensamiento implicados en las creencias delirantes se conceptualizan como similares a los procesos normales de pensamiento, difiriendo de las creencias no delirantes solo cuantitativamente sobre el espectro de resistencia a la modificación mediante la des-confirmación de los acontecimientos y el contenido.

Mientras el contenido representa las experiencias a las que la persona necesita dar sentido, la forma representa las posibles distorsiones, sesgos o limitaciones en los modos en que la persona ha atribuido sentido a tales experiencias. Así, ambos elementos -forma y contenido- se convierten en

³⁴ Hace referencia al conjunto integrado de elementos que el individuo construye acerca de sí mismo.

objetivos para la intervención; cuya finalidad es ayudar al paciente a sustituir sus creencias maladaptativas por creencias más precisas o, por lo menos, por creencias que proporcionan un sentido más adaptativo de las experiencias en cuestión; y, en el proceso, aprender a cuestionar y evaluar sus creencias sobre la base de las pruebas disponibles. (Davidson, Lambert y McGlasham 2004).

El terapeuta comienza estableciendo una alianza de trabajo con el paciente caracterizada por la confianza y el empirismo colaborador. Invita al paciente a examinar con él las pruebas de las creencias delirantes y la posibilidad de explicaciones alternativas para tales evidencias.

A medida que se establece la relación terapéutica en la fase inicial del tratamiento, el terapeuta dirige y hace una evaluación comprensiva de las ideas delirantes del paciente, introduciéndose en entrevistas de carácter más estructurado y orientadas hacia seis aspectos complementarios que, en palabras de Cuevas (2006): *“culminan en la denominada formación del caso: desarrollo histórico de los síntomas psicóticos, análisis funcional de los síntomas psicóticos, valoración dimensional de los síntomas, relación establecida con los síntomas, reacción de los allegados hacia las experiencias psicóticas, administración de instrumentos (escalas de valoración de la severidad de los síntomas psicóticos, del funcionamiento social, de habilidades sociales, de experiencias disociativas, etc.), y formulación del caso”*

Incluyendo una evaluación del grado de convicción con que el paciente sostiene cada creencia para, así, poder intervenir sobre las creencias sostenidas con menos firmeza con el fin de aumentar la probabilidad de éxito, la confianza y la seguridad del paciente en el proceso, empleando dos estrategias; la del “desafío verbal,” en la que el terapeuta empieza a sembrar la semilla de la duda en la mente del paciente cuestionando sus pruebas sobre las creencias delirantes a la luz de las contradicciones hipotéticas; y, la segunda, construida en base a la

primera haciendo que el paciente participe en “experimentos conductuales” o “exámenes planificados de la realidad” para evaluar las pruebas de las ideas delirantes comparándolas con las explicaciones alternativas. Animando al paciente a considerar la creencia delirante solo como una hipótesis posible que debería ser comprobada y a llevar a cabo tales comprobaciones. La finalidad de este proceso es guiar al paciente para que deje gradualmente las ideas delirantes y acepte, en su lugar, explicaciones más adaptativas para su experiencia (Davidson, Lambert y McGlasham 2004).

Coincidiendo Caldas y Torres, (2005 p. 14) quienes afirman que esta teoría ayuda en los síntomas psicóticos debido a que produce una reducción de los delirios y las alucinaciones en pacientes resistentes a la medicación, así como del beneficio de su uso como complemento de la farmacoterapia en la psicosis aguda. Además:

- Pueden reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la ausencia de tratamiento; sin embargo, no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias psicológicas.
- Se ha demostrado más eficaz para los síntomas psicóticos residuales que para los síntomas agudos.
- No produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas.
- Tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social.
- Parece ser más efectiva con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas.

- No hay pruebas hasta el momento de su efecto sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales.
- No hay pruebas sobre qué estrategia cognitivo conductual puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos.

Por su parte, Halgin, R. & Krauss, S. (2009) la utilizan para ayudar al paciente a detectar los primeros signos de una recaída, adoptar un método más positivo para evaluar la capacidad para afrontar los problemas cotidianos y desarrollar un rango más amplio de recursos para manejar la angustia emocional y la ansiedad. Además coinciden con Davidson, Lambert y McGlashan, (2004) y con Caldas y Torres (2005), en que ayudan a disminuir los procesos de pensamiento desorganizados y los delirios mediante estas intervenciones.

Diferentes intervenciones.

Entre la variedad de intervenciones psicológicas que actualmente existen para el tratamiento de las experiencias psicóticas, hay algunas que comparten elementos comunes como son: una visión psicosocial del trastorno, la importancia de la relación terapéutica, la comprensión y significado de la experiencia psicótica, el tratamiento de los delirios y alucinaciones, la atención a la perturbación emocional, la prevención de recaídas y del deterioro social. Y dentro de los tratamientos derivados de las terapias cognitivo-conductuales se encuentran: la terapia de afrontamiento, la terapia de duelo, la terapia personal, las intervenciones familiares y el entrenamiento en habilidades sociales.

3.3.1 Ejemplo de un caso.

Se trata de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre ideas delirantes y alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. Realizado por Salvador Perona y Carlos Cuevas del Servicio de Salud Andaluz. Publicado en la revista Psicothema del 2012.

El paciente es llamado JM, tiene 26 años, presentaba desde tres años atrás un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones auditivas verbales, ideas delirantes de persecución y grandeza, aislamiento social, niveles de ansiedad muy altos relacionados con sus alucinaciones, y no conceptuaba lo que le pasaba como una enfermedad, expresando un alto grado de convencimiento sobre la veracidad de sus voces e ideas delirantes.

Antecedentes.

JM fue adoptado el mismo día de su nacimiento, su madre biológica murió en el parto. A los 14 años su padre le comunicó que fue adoptado siendo para él una información muy traumática. A los 16 fallece su abuela paterna con la que tenía un vínculo afectivo estrecho, y a partir de ahí la relación con su padre se torna complicada. A los 18 se fuga de su casa debido a la mala relación con su padre. A los 21 comienza el trastorno. A partir de sus lecturas de la biblia del libro del Apocalipsis, llegó a la conclusión de que su madre biológica era un personaje descrito en ese libro (una mujer vestida de sol y sobre su cabeza una corona de doce estrellas), y él era su hijo (el hijo varón que regiría con vara de hierro a todas sus naciones). A los 22 comienza a tener alucinaciones auditivas en segunda y tercera persona. Las voces le confirman esas creencias, llegando a ser cada vez más complejas y barrocas. Según JM, las voces provenían de dentro de su cabeza y eran transmitidas por una serie de personajes que decían ser obispos, monjes y santas que vivían en un convento de Toledo.

Estaba absolutamente convencido de que era el “hijo varón” descrito en el apocalipsis, que sería un superviviente de tal evento y sería también rey de la humanidad. Consideraba que sus voces eran muy poderosas y conocían toda su vida íntima presente y pasada (creencias sobre omnipotencia y omnisciencia de las voces), que le perseguían y le querían hacer daño injustamente (creencias sobre el propósito malévolo y de tipo persecutorio), y que le tenían impuesto una serie de normas de vida para llegar a ser santo, y si no las cumplía asesinarían a sus padres adoptivos y a él también (creencias sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento de lo que las voces ordenan). Por último consideraba que no podía hacer nada para pararlas o hacerlas desaparecer, por lo que se sentía indefenso ante ellas.

Las voces aparecían todos los días y a todas horas; eran muy desagradables pues solían ser insultos en relación con su color de piel, su adopción y sobre terribles castigos que recibiría en un futuro próximo. Le estaban continuamente haciendo predicciones sobre el fin del mundo que solía coincidir con fiestas religiosas. Las voces se intensificaban cuando salía a la calle y leía letreros con anuncios, cuando iba en coche, cuando tenía que relacionarse con gente conocida o desconocida y cuando tenía que tomar una decisión sobre algún tema importante para él.

Diagnóstico.

Para valorar los resultados utilizaron medidas antes y después de finalizada la intervención. Una de ellas fue la PANSS, que es una escala para medir la intensidad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Y una medida del grado de convicción en las creencias delirantes y en las creencias relacionadas a las voces, que consiste en preguntar al paciente el porcentaje de convicción que tiene cada una de sus creencias.

Con el objetivo de disminuir o eliminar el malestar emocional que le producían la idea delirante del ser el “hijo varón” y que su madre biológica era “una mujer con una corona de doce estrellas”, personajes citados en el libro del Apocalipsis, creencias sostenidas en las alucinaciones auditivas verbales, se plantearon intervenir sobre dichas alucinaciones, socavando gradualmente las creencias de omnisciencia y omnipotencia, las creencias sobre las consecuencias de no obedecerlas y de identidad, cambiando en definitiva el tipo de relación entre JM y sus voces, de forma que disminuyese el grado de convicción en sus ideas delirantes.

La intervención:

El primer problema que se encontró el terapeuta fue que JM no era consciente de padecer un trastorno mental. El establecimiento del rapport duro aproximadamente tres meses. Primero trabajaron sus dos ingresos involuntarios a la clínica, que en sus palabras habían sido muy traumáticos para él y su familia. Una vez que se tranquilizó en ese tema, se permitió en las siguientes sesiones contar toda su patología delirante y alucinatoria antes descrita.

Fase inicial, estrategia de desafío verbal, según Davidson, Lambert y McGlashan, (2004)

El primer foco de la intervención fue socavar las creencias de omnipotencia de las voces. En ese momento, no se confrontó la existencia e identidad de los personajes de los que según él provenían las voces (los obispos de Toledo, los monjes y las santas). Lo único que se quería era atender con él si los contenidos de los mensajes eran veraces y si eran tan poderosos como creía. Para él la evidencia de poder y sabiduría de las voces estaban en las predicciones que hacían sobre su futuro y el de sus familiares; por ejemplo, el fin del mundo iba a producirse en una fecha reciente o a uno de sus padres le ocurriría algo malo (el próximo jueves, en diciembre, etc.), en las amenazas de muerte que recibía si no

cumplía las normas de vida santa y por último, en la posibilidad de ser castigado si contaba sus secretos al terapeuta.

JM nunca había puesto en duda la veracidad de esos mensajes, sobre todo porque cumplía estrictamente lo que le ordenaban. Por ello el terapeuta poco a poco le fue creando dudas en JM.

La primera de ellas se produjo cuando le preguntó cómo era posible que después de varios meses hablándole sobre esos temas, no le había pasado nada a él o a sus familiares. Ésta pregunta le provocó cierta confusión, pues si bien era cierto que durante aquel tiempo le estaban continuamente amenazando para que contase nada, muy gradualmente iban saliendo a la luz todos sus misterios y veía que no pasaba nada entre sesiones. Por otro lado, las voces le prohibían que escuchase música, que saliera con sus padres de paseo, que rezase, etc. Cada una de estas prohibiciones fueron puestas a prueba, y en todas se comprobó que no ocurría un cambio o acontecimiento grave en su vida o en la de sus padres.

Este trabajo después de un tiempo permitió abordar la coherencia interna de algunos de los mensajes: “¿Cómo es posible que te digan que Jesucristo no quiere que entres a una iglesia?”. “Si Jesucristo predica amor al prójimo, ¿Cómo es posible que le digan que te hacen daño con el poder de Cristo? Por otro lado, las voces le decían que saben todo de él, porque tenían su cerebro congelado dentro de una urna de cristal: “si tu cerebro está congelado o te lo han extirpado ¿cómo es que todavía sigues vivo o puedes pensar y hablar conmigo?”

Todo esto permitió una mayor adherencia del paciente a la terapia pues le aliviaba la tensión que sufría a diario y se cuestionaba la veracidad del contenido de las voces: “si todo lo que me dicen no es cierto, es que no son tan sabios ni poderosos”. El grado de convicción en los contenidos bajó significativamente, sin embargo, seguía pensando que eran personas reales.

Después mediante una estrategia de focalización JM comprobó que si repetía lo que las voces le decían y no intentaba pararlas –como hacía

habitualmente- éstas disminuían y desaparecían momentáneamente. Así se dio cuenta de que no era tan indefenso como él creía.

Posteriormente se le entrenó para ser asertivo con sus voces, para cambiar su relación con ellas, de forma que pudiera responderlas asertiva y racionalmente. Primero se le entrenó de forma simulada (Fase inicial, estrategia de experimentos conductuales o exámenes planificados de la realidad, según Davidson, Lambert y McGlasham, 2004), y con el terapeuta como modelo, a responder insultos y demandas abusivas de las voces. Más tarde, se ensayó en vivo esta forma de actuar, permitiendo que practicara directamente, y en un entorno protegido, las respuestas que habían sido ensayadas previamente. Lo aprendido en este entrenamiento sirvió como estrategia de afrontamiento para utilizarlo fuera de las sesiones.

En las siguientes sesiones se trabajaron los contenidos que tenían que ver con insultos y después con los que tenían que ver con la identidad de los emisores de las voces; relacionándolos con su historia personal para así reconstruir los sucesos que ocurrieron antes de que empezase a creer que era el “hijo varón de Apocalipsis”. Hasta que retomando esas ideas concluyó que los mensajes de dichas voces tenían un porcentaje un poco bajo de credibilidad que al principio en base a la escala PANSS.

3.4. Teoría Humanista.

Es importante considerar que, dentro de esta perspectiva humanista, debemos entender primero *¿qué es el hombre?*, para lo cual citaremos a Martínez (1996), quien retoma dos concepciones antes de llegar al terreno humanista. La primera es la de Newton, quién en sus escritos sobre teología acepta dos mundos: el natural regido por las leyes físicas³⁵, reduciendo la naturaleza física en cinco categorías: *partículas materiales*, existentes en un *espacio y tiempo* absolutos puestas en *movimiento* por una *fuerza* determinada; y el sobrenatural, al cual pertenece el hombre, que está gobernado por un cuerpo diferente de leyes. Concibiendo al hombre como nada, inicialmente como una tabula rasa *in qua nihil scriptum est*, plasmada, posteriormente por fuerzas externas a sí misma. La segunda es la de Darwin, que lo ve como una masa inerte manipulada por fuerzas externas a él mismo, considera que es un organismo autopropulsado, con sus propias metas, implícita o explícitamente establecidas, que se ajusta a un ambiente que también ha seleccionado de alguna manera él mismo.

Entonces, en la concepción humanista se proponen varios aspectos característicos del hombre:

- *El hombre vive subjetivamente*: los sentimientos, emociones y percepciones de toda persona están llenos de matices y elementos que los hacen muy personales.
- *El hombre está constituido por un núcleo central estructurado*: es el concepto de persona, el yo o el sí mismo; es el origen, portador y regulador

³⁵ John Locke (1690, citado en Martínez 1996) trata de hacer con la mente humana lo que Newton había hecho con el mundo físico, al concebir la mente humana como una realidad compuesta de partículas (las ideas), que existen en un espacio y tiempo determinados y que se funden, amalgaman o cambian por la acción de fuerzas exteriores a ellas mismas. Tendiendo así un puente entre el mundo físico de Newton y las ciencias humanas.

de los estados y procesos de la persona. En donde, en palabras de Allport (1966, citado en Martínez 1996), la memoria influye en la percepción y el deseo en la intención, la intención determina la acción, la acción forma la memoria y así sucesivamente, y por lo tanto tiene siete aspectos: el sí mismo corporal, identidad de sí mismo, estima de sí mismo, extensión de sí mismo, imagen de sí mismo, agente racional y esfuerzo orientado.

- *El hombre está impulsado por una tendencia a la autorrealización*: muestra capacidad y deseo de desarrollar sus potencialidades orientado a la autorrealización, organizando su experiencia en el sentido de la madurez y funcionamiento adecuado, es decir, en el sentido de la conducta racional y social subjetivamente satisfactoria y objetivamente eficaz.
- *El hombre es más sabio que su intelecto*: el hombre además de ser racional e irracional es arracional, es más sabio que la vía racional, ya que al estar libre de mecanismos defensivos actúa espontáneamente observando las reacciones de su organismo.
- *El hombre posee la capacidad de conciencia y simbolización*: puede tomar conciencia de sí mismo, lo cual le permite diferenciarse del mundo exterior, verse a sí mismo como lo ven los demás y tener empatía con ellos, comenzar a amar a sus semejantes, tener sensibilidad ética, ver la verdad, crear la belleza, etc., es decir; ser persona.

Este último punto es de suma importancia para explicar la psicosis, ya que en el proceso de toma de conciencia y simbolización la distorsión del mismo trae graves consecuencias que pueden conducir a una neurosis o psicosis, a reacciones paranoicas de sospecha y odio, así como a extremos de crueldad y aberraciones sexuales. Pero si el ambiente social en el que se desenvuelve una persona es agradable, no amenazante, pacífico y acogedor, se desarrollará en la misma un movimiento que deja de usar todo tipo de defensas perceptivas, no distorsionará la realidad y tendrá una gran apertura hacia sus auténticas vivencias.

Esto le llevará a ser más hábil en escucharse a sí mismo, a captar y simbolizar mejor sus sentimientos de miedo y pena, de ternura y valor y la amplia gama de vivencias profundas con sus infinitos matices. Esta conciencia no distorsionada de lo que vive y siente, esta apertura plena a las propias vivencias y su correcta simbolización, conducirá inevitablemente a una vida más sensible con un radio de acción más amplio, de mayor variedad y riqueza personal.

- *El hombre tiene capacidad de libertad y elección:* la conciencia es el alfa y omega de la libertad, el conocimiento y reconocimiento de la necesidad constituye un verdadero proceso de liberación que el ser humano puede llevar a cabo respecto a la "naturaleza". Sin embargo la libertad del hombre no es absoluta, depende de su educación, cultura, experiencia, para así tener una acción más libre posible.
- *El hombre es capaz de una relación profunda:* busca significados profundos que validen su autoidentidad y que establezcan y apoyen los compromisos y las responsabilidades que toma.
- *Cada persona es un sistema de unicidad configurada:* cada hombre es una creación única de la naturaleza.

Teniendo como antecedente estas características del hombre, empezaré por describir cómo Rogers y Kinget, en su escrito de Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva de 1971, consideran se va desarrollando la personalidad y la dinámica de la conducta normal y anormal.

Afirman que desde la infancia y a lo largo de su vida, el individuo percibe su experiencia como la realidad, en ese sentido es "su realidad", que posee una tendencia inherente a actualizar las potencialidades de su organismo, es decir,

busca satisfacer sus necesidades orgánicas y sociales y reacciona ante la realidad (su realidad) en función de esta tendencia de actualización. Así, en la interacción con esta realidad se porta como un todo organizado y su experiencia va acompañada de un proceso continuo de valoración que le sirve de criterio para sentir aceptación incondicional positiva por otros y por él mismo, diferenciándose de su medio. Evitando en todo momento situaciones negativas o desagradables para él. Asumiendo que como individuos estamos equipados con un sistema innato de motivación para satisfacer las necesidades mencionadas anteriormente y de un sistema innato de control que por medio de una comunicación interna buscamos satisfacer a como dé lugar.

Explicaré más ampliamente este proceso:

El desarrollo del yo forma parte de esta tendencia de actualización, que no es más que la diferenciación y simbolización de la experiencia en la conciencia, que es la conciencia del existir y del actuar. Y como consecuencia de esta *interacción entre el organismo y el medio*, esta conciencia de existir va aumentando y se organiza cada vez más para formar la noción del yo que, como objeto de la percepción, forma la experiencia total.

A la par, también se va desarrollando la necesidad de consideración positiva, que es la satisfacción de necesidades bien vistas por personas criterio³⁶ por la necesidad de ser aceptado, es decir, la persona prefiere satisfacer las necesidades en la dirección que esas personas aceptan que en la dirección de su proceso de valoración orgánico para satisfacer su tendencia a la actualización. Por lo tanto, tiende a considerar como positivas ciertas conductas que a nivel orgánico no siente como verdaderamente positivas y reales, de la misma manera considera negativas las conductas que siente como agradables conforme

³⁶ Son personas que asumen un rol directivo y regulador en la conducta del sujeto, al éste también tenerles consideración positiva.

a su necesidad de actualización, hasta que va condicionando su conducta. Así, la suma de la necesidad de consideración positiva más la experiencia da como resultado la “necesidad de consideración positiva de sí mismo”, que le permite sentir satisfacción o frustración de sus experiencias, independientemente de la consideración positiva de los demás; convirtiéndose así en su propia persona criterio.

Sin embargo, en estos procesos desarrolla un modo de valoración condicional en donde es incapaz de desarrollar hacia sí mismo y sus experiencias una actitud positiva independientemente de las condiciones externas³⁷. Generando un desacuerdo entre su yo y la experiencia, en donde a causa de esta consideración positiva de sí mismo percibe su experiencia en función de las condiciones a las que ha llegado a someterse, percibe de modo selectivo, simbolizando y percibiendo correctamente en la memoria dichas experiencias o deformándolas para hacerlas adecuadas a tales condiciones.

Sin embargo, no todas las experiencias se simbolizan correctamente en la conciencia ni se incorporan al yo, generando incongruencia y desacuerdo entre el yo y la experiencia, dando como resultado *una vulnerabilidad al mal funcionamiento psíquico*³⁸.

Así las cosas, el desarrollo de las contradicciones de la conducta se da porque no hay una buena simbolización de la conducta en la conciencia y porque algunas conductas tratan de mantener, actualizar y revalorizar los sectores de la

³⁷ Si el individuo tuviera una actitud de consideración positiva incondicional hacia sí mismo no estaría sujeto a esta alteración de la función de valoración. Es decir; su necesidad de consideración de sí mismo y de consideración positiva estarían de acuerdo siempre con la valoración autónoma orgánica y no existiría una distorsión de la conciencia y simbolización que desencadena la psicosis.

³⁸ El individuo no ha sido sincero consigo mismo, con el significado orgánico de su experiencia. Para conservar la consideración positiva de los demás ha falsificado ciertas experiencias vividas y se ha representado estas experiencias con el grado de valor que tenían para los demás. Todo esto se produce involuntariamente, como un proceso natural y trágico comenzando en la infancia.

experiencia que no están representados en la estructura del yo, generando una conducta neurótica o psicótica.

Por ello, las experiencias no conformes en la estructura del yo o a las condiciones que rigen el proceso de valoración se les reconoce a nivel de la subcepción³⁹ como “*amenazadoras*”. Si estas experiencias amenazadoras fueran simbolizadas de manera correcta sin deformidades, la noción del yo perdería su carácter unificado, las condiciones de la valoración no serían respetadas y la necesidad de consideración de sí mismo quedaría frustrada, apoderándose del individuo un estado de angustia. Dando como consecuencia la rigidez perceptual causada por la necesidad de la experiencia; una simbolización incorrecta, causada por la deformación y por ciertos datos; una ausencia de discriminación o discriminación perceptual insuficiente (intensionality), nociones de racionalización, compensación, proyección, fobias, etc., así como conductas psicóticas, tales como creer que alguien nos mete ideas en la cabeza (paranoia), etc. Por lo que el proceso de defensa impide que se produzcan esos acontecimientos perturbadores, haciendo uso de la percepción selectiva en la deformación de las experiencias y/o en la interrupción de las mismas, defendiendo el estado de acuerdo entre la experiencia total y la estructura del yo, así como las condiciones impuestas a la valoración. Sin embargo; éste proceso de defensa se queda sin fuerza cuando queda al descubierto este desacuerdo entre el yo y la experiencia, generando una angustia proporcional al sector del yo afectado por la conducta amenazante. Por lo que esta experiencia amenazante se simboliza correctamente y ante el shock producido por esta toma de conciencia se produce un estado de desorganización, cuyas manifestaciones son un comportamiento extraño, inestable, determinado algunas veces por experiencias del yo y otras por experiencias que no forman parte. En ciertos momentos la conducta está determinada por el organismo expresando abiertamente las experiencias previamente deformadas o negadas por el proceso de defensa; en otros

³⁹ Discriminación sin representación consciente, es la capacidad del sujeto para percibir una amenaza sin ser consciente.

momentos, el yo coge fuerzas temporalmente e impone el organismo una conducta conforme a la estructura del yo. En condiciones de desorganización la tensión y el conflicto entre la estructura del yo (con sus lagunas y deformaciones experienciales) y las experiencias incorrectamente simbolizadas o no asimiladas a la estructura del yo, llevan una lucha constante que se traduce en un comportamiento incongruente, inestable y psicótico. Comportamientos trabajados por el facilitador de procesos (llamado comúnmente terapeuta), más allá del diagnóstico previo, debido a que entienden que a pesar de éste, siempre hay una persona detrás y evitan así confundirlos a ambos siendo el centro del proceso la persona en sí misma. Buscando no cosificarlo o etiquetarlo, como si su existencia se redujera a un simple diagnóstico, (que en la mayor parte de los casos no es una aproximación real a la experiencia interna de la persona, sino que surge como una imposición a partir de un marco de referencia externo).

Por ejemplo, la fase psicótica aguda suele ser seguida por un proceso de defensa que trata de proteger el “organismo” contra la toma de conciencia, profundamente penosa, del fuerte desacuerdo que existe entre el yo y el organismo. Es probable que en ciertos casos las experiencias negadas dirijan la conducta y que el organismo se defienda contra la toma de decisiones por el yo. Pero en otros casos el yo vuelve a tomar la dirección de la conducta, en cuyo caso este yo se ha alterado considerablemente. En lugar de estar dominado por la necesidad de consideración positiva está dominado por la idea estoy loco, soy un idiota, no me merezco ningún respeto, soy una presa de impulsos incontrolables. Es decir el yo ha dejado de inspirar la confianza necesaria para el buen funcionamiento.

Rogers y Kinget (1971), también mencionan que puede haber un proceso de reintegración, que conduzca al establecimiento del acuerdo entre el yo y la experiencia, A través de deshacer el proceso de defensa, para que la experiencia vivida como amenazadora pueda simbolizarse correctamente y asimilarse a la estructura del yo. Para lo cual, el sujeto debe valorar su experiencia de manera

menos condicional, aumentar su consideración positiva incondicional de sí mismo, y recibir/escuchar, consideración positiva incondicional por parte de su o sus personas criterio a través de la empatía.

En este sentido de poder llevar a cabo el proceso de reintegración, el modelo de Rogers trabaja con los recursos y con la capacidad de vincularse afectivamente y de manera constructiva con un otro significativo del cliente⁴⁰. Poniendo como eje central la tendencia actualizante⁴¹ de todos los seres humanos, entendida como un proceso en el cual el organismo busca mejorar, mantener o actualizar sus potencialidades. Así, las condiciones suficientes y necesarias⁴² de la relación terapéutica tienen como base dicha tendencia actualizante. Siguiendo con dicha tendencia, cuando ésta es obstruida o temporalmente bloqueada reacciona afectando el lenguaje existencial, es decir; produce un congelamiento de la responsabilidad de existir, un aprisionamiento en un mundo particular y el alejamiento de un modo compartido, además de un bloqueo de la posibilidad de comunicación e integración consigo mismo y de la posibilidad de ser quien se es.

⁴⁰ Yip (2005, citado en Armenta 2010), concibe a los clientes con psicosis y esquizofrenia como capaces de comunicarse y poseedores de recursos y potenciales constructivos. Es por ello que privilegia los recursos del cliente y su capacidad de reintracción, tanto interna como interpersonal y comunitaria.

⁴¹ Dicha tendencia de acuerdo con los últimos escritos de Rogers, está dentro de lo que llamó tendencia formativa que no es más que una tendencia evolutiva hacia un mayor orden, una mayor complejidad y una mayor interrelación, que ayuda a darse cuenta que todo está conectado con todo de tal forma que debe abarcarse mucho más que a el individuo (Armenta 2010).

⁴² Estas condiciones son consideradas por Rogers como necesarias para que pueda haber un cambio constructivo en la personalidad. Dichas condiciones son: 1. Que dos personas estén en contacto psicológico. 2. Que la primera persona (cliente), éste en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso. 3. Que la segunda (el facilitador), este en un estado de acuerdo interno, al menos durante la duración de la entrevista y en relación con el objeto e su relación con el cliente. 4. Que el facilitador experimente sentimientos de consideración positiva incondicional respecto del sujeto. 5. Que el facilitador experimente una comprensión empática y precisa del conocimiento que tiene la persona de su propia experiencia. 6. Que el cliente perciba –aunque sea en un grado mínimo- la comprensión empática y a consideración positiva incondicional del facilitador (Porrás, 2001).

Es así como Lafarga y Gómez del Campo (1988) consideran que la conducta del hombre es racional, y que se mueve con ordenada y perspicaz complejidad hacia las metas que su organismo se esfuerza por alcanzar. En donde la relación terapéutica se caracteriza por dar seguridad, ausencia de amenaza y completa libertad para ser y escoger. Es una relación en la que el hombre expresa toda clase de sentimientos amargos y asesinos, impulsos anormales, deseos extravagantes y antisociales. Consideran al hombre digno de confianza, cuyas características más profundas tienden hacia el desarrollo, la diferenciación, las relaciones cooperativas; cuya vida tiende fundamentalmente a moverse de la dependencia a la independencia; cuyos impulsos tienden naturalmente a armonizarse en un complejo y cambiante patrón de autorregulación, respetando la libertad humana.

3.4.1. Ejemplo de un caso.

Se trata de la actividad terapéutica grupal de la sala Ayerza (terapia a corto plazo), del Hospital Neuropsiquiátrico José A. Esteves. Realizado por el Dr. Valdetaro, en 1993.

La sala Ayerza funciona recibiendo y asistiendo a pacientes agudas con escaso o ningún deterioro y dadas de alta en muy corto plazo, con una estadía promedio de 60 días. Salen de alta con una recuperación aceptable, el 80% de las personas internadas. La variedad de patologías y evolución de las pacientes asistentes al grupo era muy diversa, incluyendo fundamentalmente, psicosis compensadas, neurosis graves y estados intermedios (neurosis que en algún momento devinieron en cuadros psicóticos agudos pero breves).

Como característica bastante común, se advierte una tendencia a la dependencia y auto-descalificación, agravados por la “mancha en el legajo Socio-familiar” que significa en nuestra sociedad una internación psiquiátrica.

Intervención.

- El grupo sesionaba, al principio, en forma quincenal, para pasar, luego de unos años a una frecuencia mensual. La duración de la sesión era de una hora.
- El horario de comienzo se cumplía en forma estricta, teniendo un margen de tolerancia de quince minutos para poder ingresar al salón. Este límite fue discutido y reglamentado por las integrantes del grupo.
- Durante las sesiones no se hablaba de medicamentos. Esto quedaba reservado para tratarlo en forma individual, luego de las sesiones.
- La frecuencia de asistencia quedaba librada al criterio de cada integrante, con la única sugerencia de concurrir más asiduamente en los primeros tiempos, posteriores al alta de internación

En los primeros momentos predominaba un clima de familiaridad entre las integrantes del grupo, intercambiándose preguntas y comentarios cargados de afectividad, referidos a circunstancias cotidianas de pacientes y terapeutas (enfermedades, cumpleaños, nacimientos, etc.). Luego sobrevenían breves momentos de silencio que se interrumpían cuando alguien comenzaba con el relato de situaciones personales. Solía ocurrir que las pacientes más nuevas, en especial las que mostraban una marcada tendencia a la dependencia, irrumpían en preguntas dirigidas a los terapeutas, que no eran contestadas por estos, en la seguridad, como así ocurría, de que las integrantes más antiguas les aclararían que deberían dirigirse al grupo, ya que, de lo contrario se estaría descalificando al mismo.

Los terapeutas habíamos incorporado, como norma tácita y en forma espontánea, el no intervenir verbalmente en los primeros quince o veinte minutos, o hacerlo en forma limitada. Esto nos daba un mayor margen de certeza en cuanto a que el grupo iba por donde deseaba ir, tratando de no condicionar ni sugerir caminos a seguir. De tal modo, cuando participábamos verbalmente, lo hacíamos dentro del rumbo elegido grupalmente.

Esa actitud producía, en los comienzos, desconcierto e incertidumbre, al frustrar la expectativa inicial de “escuchar los consejos del Doctor”. Esto fue lentamente dando lugar a la confianza en el propio grupo y a un sentimiento de responsabilidad y compromiso.

Es aquí donde podía visualizar el funcionamiento de la Aceptación Positiva Incondicional, en este caso, puesta en el Grupo, permitiendo el incremento de autoestima y valoración. Al respecto, se puede mencionar que las pacientes que se ausentaban del Grupo por períodos prolongados, cuando retornaban lo hacían sin temor a ser reprochadas por su inasistencia. Evidentemente, para muchas de estas personas, esto era un hecho inédito en sus vidas, puesto que habían sufrido siempre rechazo, descalificación, o, en el mejor de los casos, aceptación condicional.

Con respecto a la Empatía, se iba estableciendo con el Grupo y con cada integrante del mismo, por lo que las intervenciones de los terapeutas apuntaban alternativamente a ambos planos.

En algunas sesiones trabajábamos predominantemente con el material grupal, realizando en esos casos, reflejos referidos al clima de la sesión y a los sentimientos percibidos dentro de ese clima.

En otras ocasiones trabajábamos con el material individual de uno o más integrantes, para trasladar luego la tarea al grupo. Esto era así, en parte porque las características de algunas pacientes (especialmente aquellas con rasgos esquizoides marcados) nos llevaban a intentar acercamientos desde nosotros, sin esperar que siempre se produjeran desde ellas. Esta cuestión hacía necesario disminuir el grado de No Directividad, ya que a menudo nos encontrábamos proponiendo vías de acceso hacia tal o cual paciente que percibíamos en estado de aislamiento o de bloqueo. En esos momentos establecíamos una invitación implícita al Grupo a transitar esa vía. Quedaba a criterio del mismo hacerlo o no.

Considero interesante remarcar ciertos elementos que, creo, permitirán vislumbrar el funcionamiento de la Tendencia Actualizante en estas pacientes.

Un gran número de ellas no tenían un ritmo parejo de concurrencia, o lo hacían en forma esporádica, pero cuando percibían ciertas señales que preanunciaban una posible descompensación, volvían a asistir con regularidad y comunicaban dichas señales al Grupo. Cuando lograban “rearmarse” retomaban su ritmo anterior. Esta era una actitud espontánea por parte de las pacientes; los terapeutas ni indicábamos ni sugeríamos esa conducta, la cual era patrimonio de las mismas. Inclusive, hemos comprobado que aquellas con quienes se había logrado establecer un vínculo terapéutico sólido durante la internación, a veces llegaban al Grupo en condiciones críticas y el solo hecho de tomar contacto con éste, conseguía resultados sorprendentes, toda vez que, racionalmente, no cabían esperarse grandes cambios en forma tan rápida. La hipótesis sería que en estos

casos, se actualizaría el vínculo terapéutico, ahora trasladado al Grupo, siendo este vínculo vivido como sanante, y pondría a su vez, en funcionamiento a la Tendencia Actualizante de la persona perturbada.

Esto podría echar alguna luz acerca de la razón por la cual una paciente que luego de una ausencia más o menos prolongada, volvía al Grupo en un estado de gran disturbio emocional y, en una sesión o en unas pocas, lograba una compensación poco esperable desde otra óptica.

Estos hechos aislados, pero no excepcionales en cuanto a su frecuencia, más los progresos que individualmente iban presentando muchas integrantes del Grupo en sus vidas personales, los cuales excedían lo que cabría esperar en un grupo de las características señaladas, abonan la hipótesis antes esbozada, referida a la Tendencia Actualizante, la cual operaría a través de la siguiente secuencia:

- 1 Vínculo terapéutico sólido establecido durante la internación, donde haya prevalecido el sentimiento de confianza por parte de la paciente, lógicamente consecutiva a la aceptación por parte del terapeuta
- 2 Un cierto grado de conciencia de poder ser ayudada, por parte de la paciente y a su vez, de poder ayudar a otras compañeras a través de actividades terapéuticas grupales (asambleas, grupos de terapia ocupacional, etc.), que le permitieran salir de su único rol de enferma (pasivo) y poder asumir el de agente terapéutico (activo), para sí y para las demás. Este sería el punto donde considero que comienza a evidenciarse el funcionamiento de la Tendencia Actualizante.
- 3 Traslado de los sentimientos propios del vínculo terapéutico (con el terapeuta durante la internación) al Grupo de Alta, al egresar de la Sala. Podríamos entender este pasaje como la socialización del vínculo terapéutico. El Grupo de Alta pasará a ser, de ahí en más, la usina de realimentación de su Tendencia Actualizante, siendo el Grupo, a su vez,

realimentado permanentemente por la Tendencia Actualizante de cada paciente.

Para dar más validez a esta hipótesis, podemos ver que ocurría con las pacientes en las que no se había dado la secuencia señalada en un modo correcto, ya fuera porque no se había consolidado el vínculo terapéutico durante la internación, o porque el grado de desacuerdo interno era demasiado importante (por ejemplo, pacientes excesivamente dependientes, que no podían acceder a otras posturas existenciales, o que habían quedado con un deterioro esquizofrénico importante).

Tales pacientes concurrían al Grupo en forma demandante, dirigiéndose con mucha frecuencia a los terapeutas, no pudiendo incorporar a sus compañeras del Grupo al proceso terapéutico. No se observaban progresos en sus modos de relacionarse con el mundo; sólo se podía esperar que la patología “se estancara”, fundamentalmente a través de medicamentos neurolépticos y cuando se producía una descompensación, no se lograba revertirla en el Grupo, terminando, esos casos, en re-internaciones, generalmente en salas de terapia a largo plazo.

Es de suponer que en esas personas, la Tendencia Actualizante había quedado bloqueada desde tiempo atrás, de modo inamovible, marcando esto la diferencia evolutiva y en el pronóstico.

Quisiera hacer algunas consideraciones relacionadas con la Congruencia. Muchas de las pacientes que asistían al Grupo de Alta, en algún momento estuvieron profundamente perturbadas, mostrando el rostro trágico y dramático de la psicosis. En esas ocasiones, pude asistir a un penoso proceso de retorno desde las profundidades psicóticas a la superficie de lo que podemos llamar compensación.

Este Grupo fue el ámbito en el cual me “observé y controlé” menos y en el que me permití la mayor libertad para expresar mis sentimientos. Podría resumir mi actitud en algo así como “aquí soy enteramente yo y no hay absolutamente nada de qué cuidarme”. Esto me permite establecer una comunicación con sus

integrantes, no sólo verbal, que abunda en sobreentendidos, gestos y miradas cómplices, donde, muchas veces, las palabras están de más

Esos mensajes gestuales me dan elementos ricos para reflejar estados de ánimos personales o grupales, pero, al mismo tiempo, me encuentro siendo “reflejado” por alguna integrante del Grupo con cierta frecuencia, generalmente en tono de broma, pero de una manera atinada (Ej.: “El Dr. Se está aburriendo”).

Esto demostraría varios aspectos: el primero estaría vinculado a lo que ya expuse respecto a mi estado de congruencia en el grupo, captado por las pacientes; otro aspecto que considero importantísimo, es que podían asumirme como un integrante del Grupo sin deshumanizarme y por lo tanto, hacer referencias a mi persona sin ningún tipo de temor (y no nos olvidemos que los elementos paranoides han abundado en muchas de estas pacientes). Un tercer elemento podemos detectarlo en que esa actitud estaría demostrando por parte de las pacientes una importante falta de temor a la evaluación, que estaría íntimamente vinculada a la Aceptación Positiva Incondicional, ya que los reflejos y comentarios referidos a mi persona, no siempre son caricias, sino que suelen abundar los reproches.

Consignaré algunos datos estadísticos para, entre otras cosas, fundamentar la eficacia que le atribuyo a este Grupo de Alta. Estos datos corresponden al año 1993 que fue cuando escribí este trabajo.

Total de pacientes que concurrían al Grupo en esa fecha: 38

Promedio de asistencia: 13 pacientes por sesión.

Antigüedad promedio de pertenencia al Grupo: 6 años. De las 38 pacientes, 15 (40%) llevaban 7 años o más concurriendo, existiendo 3 casos de 17 años.

Cantidad total de reinternaciones de las pacientes que integran el Grupo: 20.

Pacientes que necesitaron reinternaciones: 14.

Esta cifra es por demás elocuente, por tratarse de una población de alto riesgo de descompensación psicótica. Por otra parte, a la baja incidencia de reinternaciones, en tiempos promedio tan prolongados, cabe agregar que dichas reinternaciones desembocaron todas en el alta y la inmediata reincorporación al Grupo,

Concluyo este capítulo recordando que las terapias farmacológicas a pesar de ser necesarias no son suficientes para lograr una recuperación completa en la mayoría de los pacientes, por lo que Gleeson y McGorry, (2004). sintetizan que las intervenciones psicológicas y psicosociales son fundamentales para:

- Desarrollar la alianza terapéutica.
- Proporcionar apoyo emocional ante las experiencias subjetivas perturbadoras y ante el estigma.
- Promover la comprensión de la psicosis, la participación activa en el tratamiento y la adherencia a la medicación.
- Dirigirse específicamente a los síndromes, la comorbilidad y a los esquemas perjudiciales de la persona.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Mejorar las estrategias de afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales, que puedan haber sido un problema a consecuencia de factores de riesgo independiente de la psicosis y que pueden haber empeorado o haberse interrumpido por efecto de la enfermedad.

- Proporcionar ayuda y apoyo a la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño derivado del abuso de sustancias asociado.
- Reducir el riesgo de transición desde la fase de pródromo o de alto riesgo hasta la psicosis.

Cuyos principios fundamentales para la intervención psicológica en psicosis temprana, son:

- Deben estar basadas en teorías clínicamente estables para las personas y grupos de pacientes.
- Deben ser compatibles con los modelos biológicos de vulnerabilidad y del trastorno.
- Deben ser realistas en lo referente a la duración y profundidad de la intervención.
- Deben proporcionarse como parte de un enfoque de tratamiento multimodal.
- Dada la amplitud y variabilidad de las necesidades de los pacientes y sus familias, se debe contar con un conjunto de intervenciones amplio.

- Deben estar secuenciadas en función de las fases de la enfermedad, ya que el patrón de necesidades y, por tanto, de posibilidades de intervención psicológica varía en función de cada fase

Es importante señalar que los enfoques presentados han mostrado su relevancia en el tratamiento de los trastornos mentales. No obstante, resulta también importante advertir que son abordajes diferentes que implican no sólo estrategias de trabajo diferenciadas, sino modos de entender al ser humano y las relaciones sociales diversas. De ello se habla en el siguiente capítulo.

4. COINCIDENCIAS Y CONTRASTES ENTRE DICHAS ALTERNATIVAS.

4.1. Comparación.

Debido a que la Psicología ha tenido tres orientaciones de amplio impacto en los tiempos recientes: la psicoanalítica, la cognitivo-conductual y más recientemente la humanista, empezaré el presente capítulo haciendo una breve comparación entre las tres alternativas de tratamiento psicológicas para personas que sufren trastornos psicóticos. Resaltando lo que cada una de dichas orientaciones menciona con respecto a las posibles causas de la psicosis; su concepción de la misma; la intervención que realizan; el papel del terapeuta y del paciente-sujeto-usuario según sea el caso; el objetivo de la intervención y los aspectos clínicos que consideran.

Desde luego, los contrastes entre estas orientaciones implican diferentes aristas problemáticas, sus miradas epistémicas, sus implicaciones ético-políticas, sus vínculos con diferentes tradiciones de pensamiento y con formas sociales, por ejemplo. Trabajar esta multiplicidad de vertientes rebasa los alcances de este trabajo, que centra su atención en mostrar que desde el terreno de la psicología se han gestado alternativas de abordaje práctico en el campo de la salud mental y que, en este sentido, es incomprensible su subordinación a la lógica médica encarnada por los psiquiatras.

Psicoanálisis.

Como *posibles causas* de la psicosis entiendo que el vínculo que se establece con otros seres humanos es doloroso debido a que no siempre se da de manera armoniosa, ya sea porque la persona es llamada a responder desde un significativo que no tiene, o quizá puede ser un problema de adaptación en

experiencias tempranas; o una predisposición constitucional a ser una patología generada por un conflicto psicológico activo y sostenido entre los impulsos del deseo y los *deseos* antitéticos contenidos en la realidad y la consciencia, en donde se generan defensas contra el impulso del deseo en forma de síntomas. Resaltando la importancia de los factores sociales protectores y patogénicos en las reacciones individuales ante sucesos estresantes.

Por lo tanto, *entiende la psicosis* como un fracaso en las estructuras del ego (mecanismos de afrontamiento o defensa en función del contexto en que se utilizan), como un descenso de la capacidad para diferenciar entre el mundo interno y externo generando una desintegración subjetiva, caótica y generadora de ansiedad. Por lo tanto, lo interpreta como una reacción problemática al estrés que interactúa con una vulnerabilidad psicológica específica y que sobre pasa la capacidad de afrontamiento del individuo. Centrando su *intervención* en el autoconocimiento particularmente de esa relación conflictiva entre el mundo y *el* deseo, ya que su principal foco es la relación entre el individuo y su entorno demandante, además pone atención en el fenómeno de transferencia-contratransferencia, llegando a ser un tratamiento confrontante, clarificante e interpretativo del significado que el paciente le da a sus experiencias. Y cuando cree que la mente del paciente regresa a niveles evolutivos anteriores, utiliza el modelo de conflicto/defensa de pacientes neuróticos.

En esta orientación, *el terapeuta* explora y busca la verdad de la experiencia del paciente, acompaña en todo caso en la exploración del *paciente*, más que el cambio –recuperación social-; se centra en la transferencia, identifica y aborda las defensas y fijaciones evolutivas a través del insight y de la elaboración. Parte del hecho de que *el paciente* tiene la noción de una capacidad espontánea del ego para curar la identidad psicótica siempre que el contexto le ofrezca su apoyo. Por lo tanto, un punto importante es la disponibilidad de un cuidado adecuado durante el proceso de *recuperación*.

Así, el *objetivo* del psicoanálisis es que el paciente pueda revelarse a sí mismo sus tendencias reprimidas inconscientes y descubra las resistencias que en él se

oponen para la ampliación de su propio conocimiento, o a través de la disociación, a pesar de que Freud decía que no podría ser alcanzado por un paciente psicótico dada su condición.

Para lograr dicho objetivo, considera los siguientes *aspectos clínicos*:

- Generar un encuentro terapéutico productivo en un contexto o entorno tranquilo que transmita la sensación de seguridad.
- Continuidad en el cuidado de una relación sólida y de confianza con una persona de contacto regular.
- Realización de un genograma para reunir información sobre la historia social, cultural y psiquiátrica y psicológica de la familia.
- Planificación del futuro cercano una vez que los síntomas se hayan reducido sensiblemente.

Cognitivo-conductual.

Parte del supuesto de que las personas evolucionan y mantienen series cognitivas o esquemas que les permiten dar sentido a sus experiencias. Así las *posibles causas* de la psicopatología son el resultado de las distorsiones en la formación o uso de dichos esquemas aprendidos. Además sugiere la existencia de “focos” como:

- La vulnerabilidad a la desorganización aguda.
- Las distorsiones perceptuales.
- Los deterioros en la atención y en la memoria, en el razonamiento inferencias y en el juicio social.
- Los trastornos emocionales y deterioros en la regulación del afecto.
- La incapacidad social y las distorsiones en el sentido del self.

Concibiendo la psicosis como el resultado de series cognitivas inflexibles o excesivamente estrechas y resistentes a la desconfirmación manifestándose en delirios y alucinaciones. En donde los delirios conducen a la malinterpretación de nuevos sucesos en concordancia con sus sistemas de creencias; y las alucinaciones son experiencias perceptuales anormales que pueden generar experiencias mal-adaptativas, mismas que pueden ser distorsionadas a través del uso rígido de esquemas inapropiados al contexto.

Por lo que en su *intervención* hace una evaluación comprensiva de las ideas delirantes incluyendo el grado de convicción con que el paciente tiene y sostiene cada creencia. Interviniendo primero por lo menos firme para aumentar el éxito, la confianza y la seguridad del paciente. A través del desafío verbal (siembra la semilla de la duda cuestionando sus creencias), y de experimentos conductuales (aportando evidencia sobre la precisión o falsedad de las creencias). Además, mantiene su interés por la forma y contenido de las creencias delirantes, mientras el contenido representa las experiencias a las que se necesita dar sentido (que pueden ser de naturaleza anormal o experiencias normales procesadas de modo distorsionado), la forma representa las posibles distorsiones, sesgos o limitaciones en los modos en que la persona ha atribuido sentido a tales experiencias. Por lo tanto se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas. Además de explicar y desestigmatizar las experiencias confusas y amedrentadoras sin olvidar que algo es seriamente erróneo. Aquí, el papel del *terapeuta* consiste en ayudar al sujeto a sustituir sus creencias maladaptativas por creencias más precisas o por creencias que proporcionen un sentido más adaptativo. También lo invita a examinar con él las pruebas de las creencias delirantes y la posibilidad de explicaciones alternativas invitando al *paciente* a evaluar sus creencias y la posibilidad de explicaciones alternativas, haciéndolo participe en los exámenes planificados de la realidad realizados por el terapeuta, razonando todo el tiempo sobre sus creencias (alucinaciones y delirios).

Por lo tanto *el objetivo* de la intervención es el identificar, reducir y modificar los síntomas maladaptativos, creencias y conductas asociadas a la psicosis (delirios o

alucinaciones), usando el razonamiento, y a la par reducir el miedo, la confusión y la incertidumbre asociados a dichos síntomas en las experiencias del paciente, relacionándolos con experiencias normales.

Para ello dentro de los aspectos clínicos se encuentran los siguientes:

- El terapeuta establece una alianza de trabajo con el paciente caracterizada por la confianza y el empirismo colaborado.
- Se establecen estrategias para el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos.
- Se desarrolla una nueva comprensión de la experiencia psicótica.

Humanismo.

Considera que el desarrollo del yo forma parte de la tendencia de actualización que no es más que la diferenciación y simbolización de la experiencia en la consciencia de existir y de actuar. Sin embargo, no todas las experiencias se simbolizan correctamente en la conciencia, y el desacuerdo entre el yo y la experiencia da como resultado una vulnerabilidad al mal funcionamiento, debido a que el sujeto actúa para satisfacer a los demás y no a él mismo buscando aceptación, lo que lo llevaría a generar una condición psicopatológica. Así, el proceso de defensa (que impide que se produzcan acontecimientos perturbadores deformando las experiencias), queda sin fuerza cuando se descubre este desacuerdo entre el yo y la experiencia, generando una angustia proporcional al sector del yo afectado por la conducta amenazante, por lo que esta experiencia amenazante es simbolizada correctamente y ante el shock se produce un estado de desorganización como la psicosis, *concebida* en el desarrollo de las contradicciones de la conducta que se da porque no hay una buena simbolización de la misma en la conciencia y porque algunas de ellas tratan de mantener, actualizar y revalorizar los sectores de la experiencia que no están representados

en la estructura del yo (experiencias amenazadoras), generando una conducta neurótica o psicótica.

En su *intervención* trabaja con la parte *sana*, con los recursos y con la capacidad de vincularse afectivamente y de manera constructiva del *paciente*. Ya que para que pueda haber un cambio constructivo en la personalidad considera condiciones necesarias y suficientes:

- Que dos personas estén en contacto psicológico.
- Que la primera persona (cliente), éste en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso.
- Que la segunda (el facilitador), este en un estado de acuerdo interno, al menos durante la duración de la entrevista y en relación con el objeto y su relación con el cliente.
- Que el facilitador experimente sentimientos de consideración positiva incondicional respecto del sujeto.
- Que el facilitador experimente una comprensión empática y precisa del conocimiento que tiene la persona de su propia experiencia.
- Que el cliente perciba –aunque sea en un grado mínimo- la comprensión empática y a consideración positiva incondicional del facilitador.

En donde el *terapeuta* más allá de diagnosticar al usuario del servicio, entiende que a pesar de éste, siempre hay una persona detrás y evita así confundirlos a ambos siendo el centro del proceso la persona en sí misma. Además busca no cosificar o etiquetar al usuario, debido a que considera que su existencia no se reduce a un simple diagnóstico. Y los *clientes* (con psicosis y esquizofrenia), son capaces de comunicarse y son poseedores de recursos potenciales constructivos, tienen la capacidad de vincularse afectivamente y de manera constructiva. Para lo cual, debe valorar su experiencia de manera menos condicional, aumentar su

consideración positiva incondicional de sí mismo, y recibir/escuchar, consideración positiva incondicional por parte de su o sus personas criterio a través de la empatía.

Por lo que el *objetivo* de la intervención es la reintegración del cliente que lo conduzca al establecimiento del acuerdo entre el yo y la experiencia. A través de deshacer el proceso de defensa para que la experiencia vivida como amenazadora pueda simbolizarse correctamente y asimilarse a la estructura del yo.

Cuyos aspectos clínicos son:

- La relación terapéutica se caracteriza por dar seguridad, ausencia de amenaza y completa libertad para ser y escoger.
- Considera al hombre digno de confianza, cuyas características más profundas tienden hacia el desarrollo la diferenciación, las relaciones cooperativas; cuya vida tiende fundamentalmente a moverse de la dependencia a la independencia; cuyos impulsos tienden naturalmente a armonizarse en un complejo y cambiante patrón de autorregulación, respetando la libertad humana.

Ahora bien, cada una de ellas propone un tipo de conocimiento diferente al de las otras. El psicoanálisis propone un conocimiento subjetivo por medio de hipótesis a partir de experiencias del interior. El cognitivo-conductual un conocimiento objetivo en donde confronta las hipótesis y las verifica con el exterior. Y, finalmente, el humanismo un conocimiento interpersonal o fenomenológico a través del cual tenemos acceso al mundo subjetivo de otra persona.

Pero independientemente de que su campo de conocimiento sea un tanto diferente, en algunas partes del camino se encuentran en un nivel muy general y

abstracto, que tiene que ver con ciertas *finalidades* que les orientan. Por ejemplo, el psicoanálisis y el cognitivo-conductual tratan de entender y dar sentido a las experiencias psicóticas; el psicoanálisis y el humanismo proponen como necesario la existencia de un contacto psicológico entre terapeuta-paciente y facilitador-usuario, respectivamente. Y entre el humanismo y el cognitivo-conductual tratan de explicar y desestigmatizar las experiencias amenazadoras al disminuir la ansiedad y depresión del sujeto o cliente respectivamente al saberse como enfermo mental.

Sin embargo; las tres orientaciones pueden ubicarse, en líneas muy generales, dentro de fronteras que podrían ayudarnos a comprender tanto el tipo de abordaje de estos trastornos desde lo psicológico y, además, permitir la identificación de la importancia de este abordaje en este terreno, sin subordinarla a otras disciplinas.

Ahora bien, con respecto al trastorno mental y a la psicosis, los tres hacen referencia a la historia de vida de la persona que padece dichos trastornos así como a su experiencia y la vulnerabilidad psicológica, pero, de igual manera lo explican de manera diferente. El Psicoanálisis los entiende en el contexto de la historia de vida de la persona, en sus reacciones al interactuar con el entorno cuando entran en conflicto sus deseos con la realidad generando defensas contra éstos en forma de síntomas que pueden derivar en problemáticas de correspondencia con el mundo social. Por lo tanto, es un fracaso en los mecanismos de defensa o afrontamiento (estructuras del ego), en función de su relación con el entorno, es decir; es un descenso en la capacidad para diferenciar entre el mundo interno (deseos) y externo (lo que espera el medio), generando una desintegración subjetiva, caótica y generadora de ansiedad. Por lo tanto, lo interpreta como una reacción problemática al estrés que interactúa con una vulnerabilidad psicológica específica y que sobre pasa la capacidad de afrontamiento del individuo. Es por ello que no constituye un modelo causal de la psicosis, solo ofrece una interpretación de las tensiones dinámicas que

contribuyen a la emergencia de la misma. Asumiendo una continuidad entre la normalidad y el desarrollo de los trastornos psicóticos.

Por su parte, la orientación Cognitivo Conductual parte de que las personas evolucionan y mantienen series cognitivas o esquemas que les permiten dar sentido a sus experiencias, así entiende la psicopatología como el resultado de las distorsiones en la formación o uso de dichos esquemas-resultado de series cognitivas inflexibles o excesivamente estrechas resistentes a la desconfirmación manifestándose en delirios y alucinaciones-, que pueden deberse a una vulnerabilidad a la desorganización, a una distorsión perceptual, a trastornos emocionales, a una incapacidad social ente otros. Por ello las alucinaciones son experiencias perceptuales anormales que pueden generar creencias maladaptativas o estas experiencias normales se distorsionan a través del uso rígido de esquemas inapropiados al contexto, generando ideas delirantes consideradas como el reflejo de series cognitivas inflexibles o estrechas que se resisten a la desconfirmación y que conducen a la mala interpretación de nuevos sucesos en concordancia con su sistema de creencias. Y el Humanismo situando al hombre con características particulares y únicas en un ambiente social agradable, no amenazante, pacífico y acogedor. Argumenta que no usará defensas perceptivas, no distorsionará la realidad, tendrá una gran apertura y una simbolización correcta en la consciencia a sus vivencias; y por el contrario si no incorpora al yo las experiencias generará incongruencia y desacuerdo entre su yo y la experiencia dando como resultado un mal funcionamiento psíquico que, a pesar de padecerlo no lo imposibilita para poder vincularse de manera afectiva y constructiva con otras personas y su entorno.

Por lo tanto, mientras que para el Psicoanálisis la psicosis es una reacción problemática al estrés producto de la interacción con el entorno; para el Cognitivo Conductual es la distorsión en la formación o uso de los esquemas cognitivos que utilizamos para dar sentido a las experiencias cuando interactuamos con el medio; y para el humanismo es una simbolización incorrecta de las experiencias cuando

interactuamos con el medio, mismas que generan incongruencia entre el yo y la experiencia.

Por ello, la atención que brindan a las personas con trastornos psicóticos las tres orientaciones proponen que pueden brindarse sesiones a las personas que se encuentren ya sea en hospitales psiquiátricos o en espacios de transición que proporcione seguridad y confianza. Pero, a pesar de que coinciden en este punto, estas orientaciones son muy claras en la manera en que abordan para el tratamiento a las personas que sufren trastornos psicóticos, dejándolo claro desde la manera que tiene cada una de ellas al referirse a dichas personas. Así en el Psicoanálisis se le llama paciente; en la orientación Cognitivo Conductual sujeto; y en el Humanismo cliente. Además de dejar clara la posición de la persona que está brindando la atención psicológica ya que mientras que para el Psicoanálisis y el Cognitivo Conductual se llaman terapeutas, para el Humanismo son facilitadores de procesos.

Ahora bien, describiré a manera general la atención que brindan dichas orientaciones psicológicas, iniciando con la orientación Psicoanalítica, misma que dice buscar generar un encuentro terapéutico productivo en un entorno tranquilo que transmita seguridad, todo ello para poder centrar su intervención en el autoconocimiento del paciente, ya que su principal foco de atención es la relación que establece con su entorno, buscando y explorando la verdad de la experiencia del paciente más que su cambio o recuperación social. Centrándose en la transferencia, identificación y eliminación de las defensas y las fijaciones evolutivas a través del insight y de la elaboración. Parte del hecho de que *el paciente* tiene la noción de una capacidad espontánea del ego para curar la identidad psicótica siempre que el contexto le ofrezca su apoyo. Por lo tanto, un punto importante es la disponibilidad de un cuidado adecuado durante el proceso de recuperación. En la orientación Cognitivo Conductual su atención o intervención está basada en una relación terapéutica basada en la colaboración y la confianza, para poder hacer una evaluación comprensiva de las ideas delirantes

incluyendo el grado de convicción con que el paciente tiene y sostiene cada creencia. Interviniendo primero por lo menos firme para aumentar el éxito, la confianza y la seguridad del paciente. A través del desafío verbal (siembra la semilla de la duda cuestionando sus creencias), y de experimentos conductuales (aportando evidencia sobre la precisión o falsedad de las creencias). Por lo tanto se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas. Identificando y después reduciendo los síntomas y las conductas asociadas con la psicosis. Y finalmente en la orientación Humanista el proceso terapéutico o la intervención está caracterizada por dar seguridad, confianza y completa libertad al usuario que padece trastornos psicóticos para poder ser y decir lo que siente, ya que lo considera digno de confianza y con características profundas que lo llevan hacia el desarrollo. Por lo que privilegia los recursos del cliente para comunicarse y su capacidad de reintegración interna, interpersonal y comunitaria. Estableciendo su intervención en el hecho de que todos los seres humanos tenemos una tendencia actualizante, dicho en otras palabras, todos los seres humanos experimentamos un proceso a través del cual buscamos mejorar, mantener o actualizar nuestras potencialidades a través del contacto con el exterior. Hechos que le permitirán al facilitador establecer las condiciones necesarias y suficientes en la relación terapéutica, que son: el establecimiento de un contacto psicológico; que el usuario este en un estado de incongruencia, vulnerabilidad y ansiedad; y que pueda percibir la comprensión empática y la consideración positiva incondicional por parte del facilitador y que éste último mantenga un estado de acuerdo interno por lo menos en el tiempo de la sesiones, que posea sentimientos de consideración positiva incondicional para con su usuario y una comprensión empática sobre lo que el usuario conoce de su propia experiencia. Para explicar y desestigmatizar las experiencias amenazadores disminuyendo la ansiedad y depresión derivadas de saberse enfermo mental.

Así mientras el Psicoanálisis busca y explora la verdad de la experiencia del paciente más que de su cambio social; el Cognitivo Conductual se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas para reducir sus síntomas y conductas; y el Humanismo explica y desestigmatiza las experiencias

amenazadoras para disminuir la ansiedad, el estrés y la depresión derivadas del saberse enfermo mental.

Por lo tanto los objetivos de cada una de estas orientaciones están dirigidos a diferentes puntos. El Psicoanálisis espera que el paciente pueda revelarse a sí mismo sus tendencias reprimidas inconscientes y descubra las resistencias que en él se oponen para la ampliación de su propio conocimiento, a través del insight la asociación libre y la disociación. Para el Cognitivo Conductual es importante identificar, reducir y modificar los síntomas maladaptativos, creencias y conductas asociadas a la psicosis (delirios o alucinaciones), usando el razonamiento, y a la par reducir el miedo, la confusión y la incertidumbre asociados a dichos síntomas en las experiencias del paciente, relacionándolos con experiencias normales. Y finalmente para el Humanismo el objetivo de la intervención es la reintegración del cliente que lo conduzca al establecimiento del acuerdo entre el yo y la experiencia. A través de deshacer el proceso de defensa para que la experiencia vivida como amenazadora pueda simbolizarse correctamente y asimilarse a la estructura del yo.

A manera general podemos decir entonces que en los siguientes puntos son en los que se pudieran encontrar las orientaciones antes mencionadas:

- Consideran modelos evolutivos de los procesos implicados, sea desde la cognición y/o consciencia.
- Parten de que la psicopatología es consecuencia de una distorsión de la experiencia o la realidad, y que se relaciona con las demandas de comportamiento del mundo exterior, lo que genera vulnerabilidad.
- Son fundamentales al proporcionar una base de tratamiento que centra su atención en generar entornos amigables en el tratamiento y el trato con las personas que padecen trastornos psicóticos.

- Su intervención está basada en la relación terapéutica fundamentada en la colaboración y la confianza.
- Son alternativas en pacientes resistentes a la medicación.
- Tienen una visión más psicosocial del trastorno.
- Se preocupan por la comprensión y el significado de la experiencia psicótica (a excepción del Cognitivo Conductual).
- Consideran para el tratamiento de los delirios y alucinaciones, la atención a la perturbación emocional y la prevención de recaídas, así como del deterioro social.
- Confían en que la persona que padece trastornos psicóticos tiene capacidades intelectuales y afectivas para superar su *padecimiento*.

5. CONCLUSIONES.

La intención del presente trabajo, además de identificar las alternativas contemporáneas para el tratamiento de psicóticos desde tres orientaciones psicológicas diferentes, es mostrar de manera general que la psicología es una alternativa importante en el terreno de las enfermedades mentales, específicamente en el tratamiento de la psicosis.

Empezaré recordando la importancia que tiene el proporcionar atención a este sector de la población a nivel social, retomando las cifras mencionadas en la introducción del presente trabajo tomadas de los reportes emitidos por el Banco Mundial en donde las enfermedades mentales representan el 12% del costo total de las enfermedades médicas. Y por el IESM-OMS del 2011 en que hacen mención que en el caso específico de México, del total del presupuesto asignado a la salud solo el 2% es orientado a la salud mental. De este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos, debido a que entre el 15% y 18% de la población en general padece alguna enfermedad mental; es decir, 15 millones de personas o 1 de cada 6, de las cuales únicamente el 2.5% se encuentra bajo supervisión médica, ya sea internada en un hospital psiquiátrico o en lugares de transición o corta estancia. Lugares en los que se pretende, de acuerdo a las instrucciones de la OMS en el 2007, proporcionar una atención comunitaria y ambulatoria que considere las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de las personas con padecimientos mentales.

Como no hay alternativas generalizadas de tratamiento y acompañamiento psicológico en México para personas que sufren trastornos psicóticos, debido a que de esta tarea se ha encargado principalmente el área psiquiátrica dejando a los psicólogos subordinados a su quehacer, resulta fundamental identificar las alternativas que se han generado desde la psicología ante estas problemáticas y consolidar una perspectiva no subordinada a la psiquiatría, en un espacio formativo en donde encuentren un territorio para incorporarse a la sociedad que

les ha tocado vivir, ya que es un segmento de la población carente de los servicios y atenciones necesarias para su desarrollo.

Y es en el tema de la salud que la Psicología como disciplina y profesión tiene que revisar constantemente su lugar social. Uno de los terrenos en los que esto se vuelve fundamental, particularmente en los tiempos que corren, es el de los trastornos mentales, en virtud de las estadísticas que hoy revelan la gran población que padece alguno de esos trastornos, mucho más si consideramos que la tendencia es que se incrementen el número de personas que se encuentran en estas condiciones.

Sin lugar a dudas, este campo de actuación resulta de una complejidad importante, por lo que su abordaje demanda no nada más la convergencia de diferentes disciplinas, sino también la reconfiguración de las relaciones entre ellas, para potenciar las cualidades de cada una de las mismas que derive en espacios de atención y procesos de inclusión social que permitan un abordaje que posibilite a estas personas generar alternativas prácticas a su existencia que no estén atravesadas por la discriminación, la subordinación y la imposibilidad efectiva de formular su vida. Dado esto, es importante problematizar el lugar de la psicología en este terreno, en particular respecto de las ciencias médicas que juegan una posición preponderante, pero discutible, en los procesos de atención. Pero no sólo en este terreno. Un aspecto fundamental en el trabajo ante este tipo de problemática, es identificar su significativa matriz social y su necesaria intervención en este campo, en la medida en que de lo que se trata es de coadyuvar a generar una sociedad en que estas problemáticas se asuman colectivamente en tanto problemas que derivan de modos sociales de asumir la diferencia.

Ahora bien, teniendo como antecedente la definición, síntomas, clasificación, diagnóstico y tratamientos psiquiátricos de la psicosis, podemos darnos cuenta de que es un síndrome con una mezcla de síntomas asociados a

diferentes padecimientos. En donde determinar sus posibles causas es irresponsable, si ya se ha determinado que no es consecuencia de una afección médica o fisiológica, sin embargo, hay quien a manera de hipótesis supone que puede ser consecuencia de una vulnerabilidad biológica o psicológica. En este terreno, hay mucho por trabajar para desmitificar eso que se llama enfermedad mental y ponderar desde referentes distintos esta situación.

Así las cosas, si partimos del hecho de que en un paciente con trastornos psicóticos queda descartado que su origen sea por una enfermedad médica o por el consumo de sustancias, es decir; que los trastornos psicóticos no son consecuencia de un mal funcionamiento fisiológico, ¿hasta a dónde le compete únicamente al psiquiatra diagnosticar y tratar a pacientes con dichos trastornos? Tomando en cuenta que el papel del psicólogo es trabajar con la conducta del ser humano en espacios formativos, que propicien novedosas formas de participación en el mundo en que viven y que la psicología como disciplina ha dotado a la psiquiatría de herramientas para realizar su diagnóstico e intervención, es fundamental en estos tiempos replantear las relaciones disciplinarias, teniendo siempre como centro de atención el trabajo con esta problemática social y no las vanidades disciplinarias. Es por ello que los psiquiatras no pueden demandar exclusividad al tratar a personas con trastornos psicóticos ya que desde su diagnóstico se apoyan en técnicas psicológicas, y si a eso se le suma que la psicosis no sea el resultado de un mal funcionamiento a nivel orgánico, se abre la posibilidad a que otras disciplinas aporten sus conocimientos para la intervención con estos pacientes sin subordinación.

Es sabido por todos, que los médicos han utilizado siempre la “psicología” en su práctica y se han referido a ella en sus enseñanzas. De ahí que los psiquiatras que tienen buenas “habilidades psicológicas” (empatía, manejo de entrevista, respeto, escucha activa, etc.⁴³), son aquellos que pueden comprender

⁴³ La información detallada se encuentra en el capítulo 2, “Lugar de la Psicología como disciplina ante las enfermedades mentales” en el apartado 2.1. Los aspectos psicológicos de la Medicina en las enfermedades mentales.

las *molestias* del paciente, ayudándolo a expresarlas; y los que saben conducir su examen somático, lo hacen de modo que las reacciones patológicas no sean encubiertas por actitudes defensivas provocadas por las circunstancias del examen. Así, consideran que como consecuencia de esas habilidades psicológicas, logran crear en el paciente una actitud favorable hacia la cura de los síntomas que ocasionaron la consulta.

Por ello, Insua (1970 p. 18) afirma que:

“un médico llega a ser buen psicólogo cuando a través de los años de experiencia clínica, desarrolla intuitivamente una especie de psicología propia que es el resultado de la meditación continuada sobre las experiencias vividas en su práctica profesional, elaborada según los esquemas de las creencias imperantes de la época.”

Por otro lado, resumiendo y retomando la idea de Kraepelin (citado en Moya 1999), de que sabemos que estamos ante una enfermedad mental si conocemos sus causas, manifestaciones, cursos y terminación; y tomando en cuenta que, en la mayoría de los trastornos mentales, la autopsia es incapaz de descubrir lesiones específicas o estructuras patológicas en el cerebro que estén correlacionadas con la enfermedad, se sugiere que las causas de la psicosis pueden ser de otra índole (somáticas por ejemplo) como lo menciona Carballo (2011 p 50)., y por lo tanto, “los médicos especializados en psiquiatría no podrán reclamar una competencia exclusiva en el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos”. A pesar de que en la actualidad un médico cura, previene y actúa como promotor de la salud, en el marco de una demanda creciente, incluidos los pacientes por supuesto, de una atención con calor humano y respetuosa de los derechos, y aquí la psicología ha aportado elementos importantes para la consecución de una relación médico-paciente más adecuada a los lineamientos actuales. El campo de la salud mental no es ajeno a esto; en este terreno la Psicología ha aportado conocimientos, estrategias, líneas interpretativas y

técnicas de trabajo importantes para la inclusión e inserción de los pacientes psicóticos de nuevo a su núcleo familiar y social. Ya que, con base en la educación y el manejo terapéutico, se logra que sean aceptados *naturalmente* en la dinámica social.

Por lo tanto, partiendo de que los trastornos mentales no son enfermedades corporales, resulta necesario ir delimitando las fronteras en que esos trastornos tienen lugar respecto de las dimensiones implicadas, particularmente entre la medicina, la psiquiatría en particular y la psicología.

Ahora bien, con respecto a las alternativas de tratamiento desde la Psiquiatría básicamente se encuentran tres propuestas. La primera de ellas hace referencia al uso de fármacos para prevenir un episodio psicótico, durante el episodio psicótico o para mejorar los síntomas entre episodios. La cual se lleva a cabo en dos fases para prevenir el primer episodio psicótico si la persona tiene un estado mental de riesgo o cuando ya ha aparecido el brote psicótico. Sin olvidar que en todo momento se debe tomar la decisión de la mano con el paciente para una mayor adherencia al tratamiento valorando el costo – beneficio del mismo. Esperando de 6 a 8 semanas resultados favorables o de lo contrario cambiar el tratamiento. Protegiendo uno de los derechos y responsabilidades que acompañan a la autoridad prescriptiva que es la responsabilidad de determinar cuándo se abusa de intervenciones farmacológicas y corregir la situación para que se ofrezca una atención óptima. La segunda propone se someta al paciente a Terapia Electroconvulsiva (TEC), después de determinar el fracaso de los antipsicóticos o la contraindicación de los mismos. Y la tercera propuesta dirigida por los psiquiatras subordinando a los psicólogos, que son las intervenciones psicosociales encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones de estrés, a facilitar los procesos de recuperación, a reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y laboral así como para prevenir recaídas, facilitar las habilidades sociales y laborales,

Con respecto a las alternativas de tratamiento psicológicas desde las tres diferentes orientaciones revisadas aquí –Psicoanalítica, Cognitivo Conductual y Humanista- retomo lo siguiente:

Cada una de ellas propone un tipo de conocimiento diferente al de las otras. El psicoanálisis propone un conocimiento subjetivo por medio de hipótesis a partir de experiencias del interior. El cognitivo-conductual un conocimiento objetivo en donde confronta las hipótesis y las verifica con el exterior. Y, finalmente, el humanismo un conocimiento interpersonal o fenomenológico a través del cual tenemos acceso al mundo subjetivo de otra persona.

Pero independientemente de que su campo de conocimiento sea un tanto diferente, en algunas partes del camino se encuentran en un nivel muy general y abstracto, que tiene que ver con ciertas *finalidades* que les orientan. Por ejemplo, el psicoanálisis y el cognitivo-conductual tratan de entender y dar sentido a las experiencias psicóticas; el psicoanálisis y el humanismo proponen como necesario la existencia de un contacto psicológico entre terapeuta-paciente y facilitador-usuario, respectivamente. Y entre el humanismo y el cognitivo-conductual tratan de explicar y desestigmatizar las experiencias amenazadoras al disminuir la ansiedad y depresión del sujeto o cliente respectivamente al saberse como enfermo mental.

Sin embargo; las tres orientaciones pueden ubicarse, en líneas muy generales, dentro de fronteras que podrían ayudarnos a comprender tanto el tipo de abordaje de estos trastornos desde lo psicológico y, además, permitir la identificación de la importancia de este abordaje en este terreno, sin subordinarla a otras disciplinas.

Finalmente al iniciar el tratamiento con las personas que padecen psicosis no debemos perder de vista lo siguiente:

- ¿Cuáles son las metas del tratamiento?
- ¿cuál sería el mejor escenario para el tratamiento?

- ¿Quién debería tratar al cliente?
- ¿Qué clase de tratamiento debería usarse?
- ¿Qué clase de tratamiento es factible y disponible desde el punto de vista financiero?
- ¿Qué orientación teórica sería más adecuada para las necesidades particulares del cliente?

Sin duda se pueden identificar muchas necesidades para las que las intervenciones psicológicas son adecuadas y necesarias, y parece evidente que la recuperación ideal o no, sucederá o será más difícil de conseguir en ausencia de estas intervenciones. Se puede afirmar que la creación e implementación de intervenciones psicológicas con una base empírica y un sistema asistencial que la sustente, requerirá una inversión aún mayor y un cambio cultural en la mayoría de los países.

Cualquiera que sea la modalidad de tratamiento que se recomiende, debe basarse en la perspectiva teórica más apropiada o los aspectos más apropiados de varias perspectivas diferentes, ya que la eficacia de una u otra es muy difícil comprobarla, y solo se basan en estudios publicados previamente. Además, parte del éxito del tratamiento depende de la relación terapéutica y de que el cliente esté dispuesto a trabajar con el psicólogo en una sociedad y estar preparado para soportar el dolor y vergüenza implicados al hacer relaciones personales.

En todo caso, queda por hacer mucho en este terreno. En las sociedades contemporáneas, como ya se mencionó, se ha incrementado el número de personas que son catalogadas como enfermos mentales, por lo que toda alternativa que se genere, no sólo tendrá que problematizar la coherencia, pertinencia, validez, sino que al mismo tiempo ha de cuestionar la misma dinámica social en que estos trastornos se están presentando.

BIBLIOGRAFÍA.

- APA (1995). DSM IV.
- APA (2000). DSM IV TR.
- APA (2014). DSM V .
- Apiquian, R., Fresán, A. Ulloa, R. (1999). “Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con primer episodio psicótico”. *En: salud mental*, (México), *número especial*. CONACYT.
- Caldas, A. J. M., & Torres, G. F. (Ed.). (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización Panamericana de la Salud.
- Carballo V. E. Buela C. G., Carroble J. A. (2011) 1ra ed. 1995. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 1. Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. España. Siglo XXI de España Editores S. A.
- Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica* Madrid: Triacastela.
- Cortese, N y cols. (2004). *Psicología médica, Salud Mental*. Librería técnica de Nobuko. Buenos Aires Argentina.
- Culberg, J, & Johannessen, J. (2004). “La dinámica de la psicosis aguda y el papel de la psicoterapia dinámica”. En Gleeson, J. & McGorry, P. (2004). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Editorial Descleé de Brouwer, S. A. Bilbao, España.
- Davidson, L., Lambert, s., McGlashan, T., (2004). “Tratamientos psicoterapéuticos y cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con

- psicosis”. En Perri, C. & McGorry, p. (Eds.). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. Ed. Descleé de Brouwer. Bilbao, España.
- De Leon, P., Robinson, K. S. y Sextton, J. L. (2001). “Autoridad prescriptiva para los psicólogos: legislación, ética y política pública”. En: Sammons, M. T, Schimidt, N, B. (Eds). (2001). *Tratamientos combinados de los trastornos mentales. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Traducción 2004. Ed. Descleé de Brouwer S. A. Bilbao, España.
- García, I. Fresán, A., Medina-Mora, M., Ruiz, G. (2008). “Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia”. (México). *Salud mental*, 2008;Vol 31 No. 6 Noviembre-Diciembre 2008.
- Gleeson, J. & McGorry, P. (2004). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Editorial Descleé de Brouwer, S. A. Bilbao, España.
- Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico incipiente. Forum de Salut Mental, Coordinación. *Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Médiques, 2009. Guía de Práctica Clínica AATRM. No. 2006/02-2.
- Halgin, R. & Krauss, s. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. Primera edición 2003. Ed. Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2014). *Salud Mental*. “Intervenciones psicosociales de la esquizofrenia”. (México). Volumen 37. Suplemento 1. pp 67-83.

- Insua, J. (1970) *Introducción a la psicología médica*. Editorial Promed. Buenos Aires. Tercera edición 1985.
- Lafarga, J. & Gómez del Campo. (1988). *Desarrollo del potencial humano. Aportaciones de una psicología humanista*. Vol. 1 Ed. Trillas.
- Lanford, V. (2004). “La aflicción de la enfermedad mental: contexto para terapia cognitiva de la esquizofrenia”. En Perri, C. & McGorry, p. (Eds.). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Manual teórico-práctico. Ed. Descleé de Brouwer. Bilbao, España.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca
- Martínez, M. (1996). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México. Ed. Trillas.
- OMS (1992) CIE-10.
- Porras, Oropeza M. (2001). *Ser humano, temporalidad y libertad en psicoterapia: Gestalt y Enfoque Centrado en la Persona*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México. México.
- Roa, B. (2012). *Análisis de un caso de una psicosis paranoica (caso Ela)*. (Colombia). Revista Mental. Vol. 10. No. 18. Recuperado en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000100008
- Rogers, C. & Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*. Ed. Alfaguara. Pp 237-261.
- Sammons, M. T, Schimidt, N, B. (Eds). (2001). *Tratamientos combinados de los trastornos mentales. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Traducción 2004. Ed. Descleé de Brouwer S. A. Bilbao, España.

- Schaub, A., (2004). “Terapia cognitivo-conductual orientada al afrontamiento en la esquizofrenia: un nuevo tratamiento para uso clínico y científico”. En Perri, C. & McGorry, p. (Eds.). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. Ed. Descleé de Brouwer. Bilbao, España.
- Vázquez, C. Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental*. Ed. Síntesis. España.
- Verduzco, F. “Trastornos psicóticos en el Hospital General”. (2009). En Chávez-León, Ontiveros-Urbe, López, M. (2009). *Manual de medicina psicosomática. Interface de la psiquiatría con la Medicina*. Editada por la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- WOLMAN, B.B (1999) *Diccionario de ciencias de la Conducta*. México. Ed Trillas.

Fuentes Electrónicas.

- Armenta, M. (2010). "Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona". *Enseñanza e investigación en psicología*. (México). Vol. 15. No. 1. pp 183-204. Recuperado en: http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_15_1/Armenta.pdf
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (ed. española, Texto rev.). doi: "http://www.slideshare.net/apinilloss03/dsm-iv-pdf-completo-12543578?utm_source=slideshow02&utm_medium=ssemail&utm_campaign=share_slideshow_loggedout".
- <http://www.bancomundial.org/>
- Benito, E. (2008). "Psicólogos prescribiendo". *Revista psiciencia* (México). Vol. 1 Número 1. Recuperado en <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewFile/11/11>
- *Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la asociación española de neuropsiquiatría* (2009). Recuperado en: www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf
- Cuevas, Y. (2006). "Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios". *Apuntes de Psicología* (México). Vol. 24 no. 1-3 pp 267-292. ISSN 0213-3334. Recuperado en: http://scholar.google.com.mx/scholar_url?hl=es&q=http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/106/108&sa=X&scisig=AAGBfm3GqEXmSsfz7K3jQtaDKfAMmi2rg&oi=scholarr&ei=AN6cU6jGHoOo8QHJ64HgCA&ved=0CBkQgAMoADAA
- Delahanty G. (2006). "Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia". *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*.

(México). 39 (1) 12-23. Recuperado en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061c.pdf>

- Escudero, C., Ibañez, I., Larraz, G., Pascual, P., Peñedo, C., De la villa, P. “Competencias legales de los psicólogos clínicos”. (España). *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*. Enero-marzo 2003. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000100010
-
- Florit, R. Alejandro (2009). *La intervención temprana en psicosis*. Recuperado en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2633
- *Foro Mundial en pro de la Salud Mental Comunitaria en Ginebra*, (30-31 de mayo de 2007) <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/es/>
- García Valencia C. (2007). *Abordaje psicoanalítico de la psicosis y su tratamiento*. (Tesis inédita de licenciatura). Recuperado en http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/P131V21GYI9SIU7N7JH7JSQ5IGXY2HLIXB9ENADAKK1NLXE83D-10179?func=find-b&request=Abordaje+psicoanal%C3%ADtico+de+la+psicosis+y+su+tratamiento&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=63&y=9&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- *GUIA DE INTERVENCION mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* OMS 2010. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
- IESM-OMS (2011). *INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN MEXICO*. Secretaria de salud de México, Organización panamericana

de la Salud, OMS. Impreso en México. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf

- Josep Moya (1999) *Breve historia del concepto de psicosis*. Recuperado en <http://www.herrerros.com.ar/melanco/moya.htm>
- Manrique, C. & Lodoño, S. (2012). “De la diferencia en los mecanismos de defensa estructurales de la neurosis, la psicosis y la perversión”. *Revista de Psicología*. (México). GEPU Vol. 3 No. 1. pp 127-147. Recuperado en: <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-3-No.-1.htm>
- OPS (2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. <http://www.alansaludmental.com/epidemiolog%C3%ADa-en-sm/datos-epidemiol%C3%B3gicos-en-sm/datos-epidemiol%C3%B3gicos-sm-en-el-mundo/>
- Perona, G. & Cuevas-Yust, C. (2012). “Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia”. *Revista Psicotherma*, (España). Vol. 14, No. 1, pp 26-33. Recuperado en: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7934/7798>
- Rivera, N. N. (2012). *Introducción al concepto de psicosis desde la psiquiatría a J Lacan*. Recuperado en <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.mx/2012/12/introduccion-al-concepto-de-psicosis.html>
- Roa, B. (2012). “Análisis de un caso de una psicosis paranoica (caso Ela)”. (Colombia). *Revista Mental*. Vol. 10. No. 18. Recuperado en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000100008

- Sandoval, E. (2005). *La salud mental en México. Servicio de investigación y análisis. División de Política Social. Cámara de Diputados LIX Legislatura.* Recuperado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- SISVEA (2012). Recuperado en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf
- Valdetaro, R. (1993). *Abordaje de los trastornos psicóticos desde el enfoque centrado en la persona. Posibilidades y limitaciones.* Recuperado en: <http://gruposerbh.com.br/textos/artigos/artigo11.pdf>
- Vallina, F. & Lemos, G. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia". *Revista Psicothema*, (España). Vol. 13, No. 3 pp. 345-364. Recuperado en <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>
- Wautier, G. y Tolman, A. "Psicología y psicofarmacología: compañeros naturales en la atención sanitaria holística. Papeles del psicólogo, Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal". *Sistema de información científica*, VOL 28, núm. 2 mayo-agosto 2007 pp. 66-76, Consejo General del Colegios Oficiales de Psicólogos España. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/778/77828202.pdf>
- <http://www.who.int/es/>

ANEXOS.

ANEXO 1.

EVALUACIÓN

MULTIAXIAL Y SUS 5

EJES.

Evaluación multiaxial y sus 5 ejes. DSM IV (1995)

■ Eje I ■

Trastornos clínicos**Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (*se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II*)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica

Trastornos relacionados con sustancias

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de ansiedad

Trastornos somatomorfos

Trastornos facticios

Trastornos disociativos

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastornos adaptativos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

■ Eje II ■

Trastornos de la personalidad**Retraso mental**

Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad

Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno narcicista de la personalidad

Trastorno de la personalidad por evitación

Trastorno de la personalidad por dependencia

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Trastorno de la personalidad no especificado

Retraso mental

■ Eje III ■
Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
 Neoplasias (C00-D48)
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89)
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
 Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
 Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)
 Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides (H60-H95)
 Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
 Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)
 Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)
 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99)
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
 Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)
 Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
 Patología perinatal (P00-P96)
 Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99)
 Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
 Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98)
 Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98)
 Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

■ Eje III ■
Enfermedades médicas (con códigos CIE-9-MC)

Enfermedades infecciosas y parasitarias [001-139]
 Neoplasias [140-239]
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad [240-279]
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos [280-289]
 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales [320-389]
 Enfermedades del sistema circulatorio [390-459]
 Enfermedades del sistema respiratorio [460-519]
 Enfermedades del sistema digestivo [520-579]
 Enfermedades del sistema genitourinario [580-629]
 Complicaciones de embarazo, parto y puerperio [630-676]
 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo [680-709]
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo [710-739]
 Anomalías congénitas [740-759]
 Algunos trastornos originados en el período perinatal [760-779]
 Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad [780-799]
 Traumatismos y envenenamientos [800-999]

■ Eje IV ■ Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 Problemas relativos al ambiente social
 Problemas relativos a la enseñanza
 Problemas laborales
 Problemas de vivienda
 Problemas económicos
 Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
 Otros problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de**
 91 **su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
- 90 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), **buena actividad en todas las**
 | **áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satis-**
 | **fecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos** (p. ej., una discusión ocasional
 81 **con miembros de la familia).**
- 80 **Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales**
 | **(p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de**
 71 **la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 **Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) **o alguna dificultad en la actividad so-**
 | **cial, laboral o escolar** (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona**
 61 **bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.**
- 60 **Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) **o difi-**
 | **cultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañe-
- 51 **ros de trabajo o de escuela).**

- 50 **Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) **o cualquier alteración**
 41 **grave de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico,
 oscuro o irrelevante) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones fami-**
liares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona
 31 la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración**
grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada,
 preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama
 21 todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa mani-
 fiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene**
personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) **o alteración importante de la comunicación**
 11 (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) **o incapacidad**
persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de
 1 **muerte.**
- 0 Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Criterios para el diagnóstico de acuerdo al DSM IV TR.

De la esquizofrenia

■ **Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia**

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

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

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

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

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

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

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

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

(continúa)

□ **Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (continuación)**

Clasificación del curso longitudinal:

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

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

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

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

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

Del tipo paranoide.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo paranoide [295.30]**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

Del tipo desorganizado.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo desorganizado [295.10]**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Predominan:
 - (1) lenguaje desorganizado
 - (2) comportamiento desorganizado
 - (3) afectividad aplanada o inapropiada
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

Catatónico.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.2x Tipo catatónico [295.20]**

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor
- (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- (5) ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

Indiferenciado.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]**

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

Residual.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.5x Tipo residual [295.60]**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

Esquizofreniforme.

■ **Criterios para el diagnóstico de F20.8 Trastorno esquizofreniforme [295.40]**

- A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como «provisional».)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

- (1) inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
- (2) confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
- (3) buena actividad social y laboral premórbida
- (4) ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

Esquizoafectivo.

■ **Criterios para el diagnóstico de F25.x Trastorno esquizoafectivo [295.70]**

- A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

- B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

(continúa)

□ **Criterios para el diagnóstico de F25.x Trastorno esquizoafectivo [295.70] (continuación)**

- C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

- .0 Tipo bipolar:** si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)
- .1 Tipo depresivo:** si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

Delirante.

■ **Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante [297.1]**

- A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un *status* superior, está enamorada del sujeto

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema

Tipo no especificado

Psicótico breve.

■ **Criterios para el diagnóstico de F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8]**

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

(continúa)

□ **Criterios para el diagnóstico de F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8] (continuación)**

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto [Para CIE-9-MC especificar además si **Con desencadenante(s) grave(s)** y **Sin desencadenante(s) grave(s)**.]

Psicótico compartido.

■ **Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido [297.3]**

- A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.
- B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

(continúa)

□ **Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido [297.3] *(continuación)***

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Debido a enfermedad médica.

■ **Criterios para el diagnóstico de F06.x Trastorno psicótico debido a... *(indicar enfermedad médica)* [293.xx]**

- A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F06.x Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) [293.xx] (continuación)

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en el síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes

[Para CIE-9-MC **.81 Con ideas delirantes**]

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones

[Para CIE-9-MC **.82 Con alucinaciones**]

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.2 Trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con ideas delirantes [293.81]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

En el trastorno psicótico inducido por sustancias de acuerdo al CIE 10

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

- A. Alucinaciones o ideas delirantes. *Nota:* No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):
- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
 - (2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]; F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]; F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]; F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12]; F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]; F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]; F12.51 *Cannabis*, con ideas delirantes [292.11]; F12.52 *Cannabis*, con alucinaciones [292.12]; F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]; F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]; F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]; F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]; F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]; F18.52 Inhalantes, con alucinaciones; F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]; F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]; F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]; F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]; F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]; F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12].

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias *(continuación)*

Especificar si (v. la tabla de la pág. 183 para comprobar si es aplicable a la sustancia):

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Y en el trastorno psicótico no especificado.

Aquí se incluye una sintomatología psicótica, sobre la que no se dispone información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos.

ANEXO 2.

ÍNDICE DE KATZ.

Índice de katz. Vázquez y Muñoz (2004).

Que es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación. Maneja 8 posibles niveles: A. Independiente en todas sus funciones. B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas. C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera. D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera. E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera. F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes. G. Dependiente en todas las funciones. H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. en donde se asigna 0 si realiza las actividades sin ayuda y 1 con ayuda. De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación: Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

TEST DE KATZ	
Valora la independencia en las siguientes situaciones	
LAVADO	Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
VESTIDO	Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE	Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
MOVILIZACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
CONTINENCIA	Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
ALIMENTACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos. (No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)
VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ A	
A	Independiente en todas las funciones.
B	Independiente en todas las funciones menos una.
C	Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
D	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
E	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro y otra más.
F	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
G	Dependiente de las seis funciones.
Otros	Dependiente pero no clasificable en los estadios anteriores.

ANEXO 3.

PREGUNTAS

SUGERIDAS POR

VÁZQUEZ Y MUÑOZ EN

EL SONDEO DE

ENFERMEDADES

MÉDICAS Y SÍNTOMAS

PSICÓTICOS.

Preguntas sugeridas por Vázquez y Muñoz (2004), en el sondeo de enfermedades médicas y síntomas psicóticos.

1. ¿Consulto a su médico sobre (X)?, ¿Le dio algún diagnóstico?, ¿Le explico si (X) se debía enteramente a esa enfermedad física o lesión?, ¿Tiene alguna prueba adicional de que (X) se debiese a alguna enfermedad física?
2. ¿Le hizo el médico alguna prueba, test, (análisis, placas, etc.,) para explorarle cuando se quejó de (X)?
3. ¿Tomó medicamentos para (X)? ¿Se los recetó el médico porque pensaba que una enfermedad física le producía los síntomas?
4. ¿Se producía (X) siempre como consecuencia directa de algún fármaco, droga o ingesta de alcohol?

ANEXO 4.

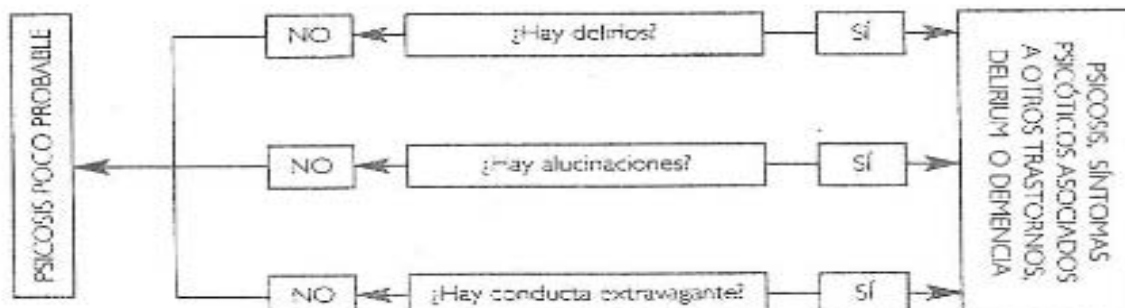
**MODOS DE
EXPLORACIÓN MÁS
HABITUALES EN
FUNCIÓN DEL TIPO DE
SÍNTOMA PSICÓTICO,
PROPUESTAS POR
VAZQUEZ Y MUÑOZ**

Modos de exploración más habituales en función del tipo de síntoma psicótico, propuestas por Vazquez y Muñoz (2004).

Fuente de información	Tipo de síntomas	
	Positivos	Negativos
Entrevista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anhedonia-asociabilidad. 2. Déficit atencional. 3. Apatía (p. ej., falta de aseo, falta de esfuerzo en el trabajo o en la escuela, anergia).
Observación	<ol style="list-style-type: none"> 3. Conducta extraña o extravagante (ej.: estupor, catatonia, flexibilidad cérea, rigidez). 4. Afecto inapropiado. 5. Trastorno formal del pensamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Descamiliamiento. - Tangencialidad. - Incoherencia. - Pensamiento ilógico. - Circunstancialidad. - Presión del habla. - Habla distraída. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Alogia (p. ej., bloqueo, pobreza del habla). 5. Afecto aplanado o embotado (p. ej., amimia, escaso contacto ocular; falta de respuesta emocional, falta de entonación vocal).

Nota importante: en sistemas diagnósticos como el CIE-10 o el DSM-IV se considera que sólo tienen valor diagnóstico para las psicosis algunos síntomas positivos: en concreto, los delirios, las alucinaciones y el comportamiento extravagante o extraño (en cursiva en la tabla).

Esquema de sondeo de síntomas psicóticos utilizable para la CIE-10 (OMS 1992), Y EL DSMIV TR (APA 2000).



Delirios.

<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo general inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha tenido alguna experiencia extraña o desagradable recientemente? (Describala). - ¿Ha tenido la sensación de que algo extraño que no puede explicar está sucediendo? ¿Tienen las cosas un significado especial para usted? (El llamado "temple delirante") (Describalo). - ¿Ha sentido que la gente se interesa por usted de modo especial o le mira de un modo raro? ("Ideas de referencia") (Describalo).
<ul style="list-style-type: none"> • Persecución. Pueden tener diferentes grados de cristalización y de creencia. Su impacto sobre la conducta es también variado. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se lleva bien con la gente? - ¿Siente que la gente está en su contra? - ¿Hay alguien que haya intentado o esté intentando hacerle daño? - ¿Piensa que la gente trama algo contra usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Celos. Suele haber planes para "pillar" al otro. Se emplea cualquier dato para verificar la propia hipótesis. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Le ha venido preocupando que su (esposa/a, novio/a, pareja) podría estarle siendo infiel? - ¿De qué datos dispone?
<ul style="list-style-type: none"> • Pecado o culpa. Preocupaciones de haber cometido algo irreparable o haber influido de algún modo en algo con resultados trágicos. Las ideas pueden estar impregnadas de contenidos religiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene la sensación de haber hecho algo terrible? - ¿Tiene la conciencia tranquila? - ¿Cree que merece ser castigado por eso?
<ul style="list-style-type: none"> • Grandeza. A menudo ligado a ideas persecutorias, de sospecha, o de ser envidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene algún talento, capacidad o poder especial? - ¿Tiene alguna misión o propósito especial en su vida? - ¿Cree que va a lograr algo importante en su vida? - ¿Ha pensado que usted es o podría ser, en realidad, alguien rico o famoso?

-
- Religiosos.
Pueden ser una mezcla de varias religiones y pueden estar mezcladas con ideas de culpa, pecado, grandiosidad, o delirios de ser controlado.

 - ¿Es una persona religiosa?
 - ¿Ha tenido alguna experiencia religiosa inusual?
 - ¿Siente que tiene algún poder religioso especial?
 - ¿Cómo fue su educación religiosa?

 - Somáticos.
Pueden estar vinculados a alucinaciones somáticas o corporales y a delirios hipocondríacos (p. ej., convicción de tener un cáncer incurable, o estar pudriéndose).

 - ¿Marcha algo mal en su cuerpo?
 - ¿Ha observado algún cambio en su aspecto?
 - ¿Ha notado algo en su propio cuerpo?

 - De referencia.
Suelen estar ligados a ideas de sospecha y paranoia.

 - ¿Alguna vez ha entrado en una habitación y ha pensado que se estaban riendo o hablando de usted?
 - ¿Ha visto cosas en los periódicos, en la radio o en la TV que hacían alguna referencia a usted o contenían un mensaje para usted?
 - ¿Ha recibido mensajes especiales por algún otro medio?

 - Delirios de despersonalización y de Cotard.
Ligados a experiencias de despersonalización.

 - ¿Le ha venido preocupando o ha pensado que partes de su cuerpo o de su mente han desaparecido, como si le faltara algo (p. ej., cabeza, cerebro, pensamiento, o su sombra) o incluso la creencia de no existir (delirio de Cotard)?
 - ¿De qué datos dispone?

 - Delirios de amor (síndrome de Clembault).
Amor idealizado habitualmente con alguien de mayor estatus (famosos, jefes, etc.). Asociados a delirios y/o alucinaciones sexuales y a conductas de persecución o sentimientos de ser perseguido.

 - ¿Le ama alguna persona que no lo reconoce públicamente?
 - ¿Quién es?
 - ¿Por qué lo oculta?
 - ¿Intenta contactar con usted de algún modo?
 - ¿De qué datos dispone?

<ul style="list-style-type: none"> • De control. Refleja sensaciones de pasividad, de ser controlado de modo directo. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido que estaba siendo controlado por alguna fuerza externa, como si le estuvieran hipnotizando, haciéndole magia, o enviándole rayos X o láser? - ¿Tiene la sensación de que alguien le está controlando (p. ej., su voz, sus movimientos, su escritura, sus actos)? - (¿A través de qué medios lo hacen?)
<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de mente. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha tenido la sensación de que la gente puede leer su mente o saber lo que está pensando?
<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión del pensamiento. Sensación de que los pensamientos emergen físicamente al exterior de alguna manera. Puede acompañarse de alucinaciones auditivas del propio pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha oído sus pensamientos en voz alta, como si hubiese una voz fuera de su cabeza? - ¿Ha tenido la sensación de que sus pensamientos los pueden oír otras personas?
<ul style="list-style-type: none"> • Inserción de pensamiento. Los pensamientos se viven como algo ajeno, no producidos por uno mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido que sus pensamientos no le pertenecen o que le son impuestos por alguien o por alguna fuerza?
<ul style="list-style-type: none"> • Robo del pensamiento. Suele asociarse a sensaciones intensas de bloqueo mental o de tener la mente en blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido que alguien o alguna fuerza le roba sus pensamientos? - ¿Siente con frecuencia que la mente se le queda en blanco? - ¿Siente que sus pensamientos están fuera de usted? - (¿Tiene alguna explicación para esto?)

• Pensamiento sonoro.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Le parece que sus pensamientos suenan alto? - ¿Suenan tan alto que a veces los pueden oír otras personas cercanas a usted?
• Eco del pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Siente que en su mente los pensamientos retumban como un eco?
• Falsos reconocimientos de personas (delirios de Frégoli y de Capgras).	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene la sensación de que alguna persona que usted conoce bien no es ella misma, sino una farsante o una impostora? (delirio de Capgras). - ¿Tiene la sensación de que algunas personas que parecen ser distintas no lo son y, en realidad, son la misma persona? (delirio de Frégoli). - ¿Tiene alguna explicación para esto?

Nota: Este es un esquema general para explorar la mayoría de los contenidos delirantes. No obstante, pueden aparecer delirios de otros temas (delirios paranormales, delirios de embarazo, delirios con un contenido expansivo o maniaco, etc.). Desde un punto de vista diagnóstico la presencia de un único tema delirante basta para señalar la presencia de "Síntomas psicóticos", por lo que el sondeo no tiene que ser, obviamente, exhaustivo.

Alucinaciones.

- **Auditivas.**

- ¿Alguna vez ha oído voces que los demás no podían oír?
 - ¿Provenían de su cuerpo?
 - ¿Estaban hablando de usted?
 - ¿Pudo dialogar con ellas en alguna ocasión?
-

- ¿Puede identificar a quién hablaba?
 - (Describalo: ¿De qué hablaban? ¿Daban órdenes? ¿Hacia algo para resistirlo? ¿Le acusaban de algo?)
 - ¿Tiene alguna explicación para esto?
-

- **Visuales.**

- ¿Alguna vez ha tenido la sensación de ver algo o a alguien que otros que estaban presentes no podían ver?
 - ¿Ha tenido usted una "visión" cuando estaba completamente despierto?
 - (Describalo.) ¿Tiene alguna explicación para esto?
-

- **Somáticas o táctiles (hápticas).**

- ¿Alguna vez ha tenido usted sensaciones extrañas dentro de su cuerpo, como si algo o alguien le estuviera tocando cuando no había nadie alrededor o como si algo se moviera o se estuviera transformando dentro de usted?
 - ¿Ha notado sensaciones extrañas en su piel (ej.: líquidos viscosos o pegajosos, corrientes eléctricas, etcétera)?
 - (Describalo.) ¿Tiene alguna explicación para esto?
-

- **Olfativas y gustativas.**

Muy relacionadas entre sí. Asociadas en muchas ocasiones a delirios somáticos (p. ej., creencia de estar pudriéndose en la depresión) o de persecución (p. ej., sabores amargos que delatan que le están envenenando).

- ¿Alguna vez le han molestado a su alrededor olores extraños que aparentemente nadie más podía oler?
- ¿Ha tenido la sensación de que algo sabía de modo muy extraño o muy intenso?
- (Describalo.) ¿Tiene alguna explicación para esto?

Conducta extravagante o rara.

<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo general inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha hecho algo que haya llamado la atención de los demás? - ¿Ha hecho algo que le hubiera causado problemas con la policía? - ¿Ha hecho algo que pareciera extraño o molesto a los demás?
<ul style="list-style-type: none"> • Apariencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posturas extrañas, encorvamiento, enlentecimiento excesivo, marcha inestable, manierismos, estereotipias. - Higiene, aspecto, o conducta alimentaria inferior a las expectativas normales, inferior a los criterios socialmente aceptables, o amenazantes para la propia vida. - Gesto facial, contacto ocular, mímica, tono y volumen de voz. - Hiper/hipoactividad durante la entrevista. - Ecopraxia, ecolalia, flexibilidad cérea, negativismo, oposición. - Vestir inadecuado o insólito (p. ej. ropa de verano en invierno), limpieza personal.
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta sexual y social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta embarazosa (p. ej., hace proposiciones sexuales, se toca los genitales, etc.). - Conducta irrespetuosa, histriónica, o violenta, o inapropiada al contexto. - Informes sobre conductas extrañas, raras, o psicóticamente criminales. No se limita al período de la entrevista. Exclúyanse manierismos y posturas, y verbalizaciones de contenido extravagante.
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta motora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta inusual y extravagante, movimientos estilizados, o actos o posturas que son claramente incómodas o inapropiadas. - Conductas ritualísticas extrañas. <p><i>Exclúyanse manifestaciones obvias de los efectos secundarios motores de la medicación.</i> (¿De qué dosis dispone?)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta agresiva o agitada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta agresiva o explosiva inadecuada y, sobre todo, impredecible o inexplicable.

ANEXO 5.

**Tratamientos psicológicos
eficaces para la
esquizofrenia.**

Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Vallina, y Lemos. (2001).

Estudios controlados de las terapias cognitivo-conductuales (TCC): Fase aguda de la enfermedad			
	Drury et al. (1996a, 1996b, 2000)	Haddock et al. (1999)	Kemp et al. (1996a, 1996b, 1998)
Metas	Reducir la duración de la psicosis aguda Reducir el nivel de síntomas positivos residuales	Aumentar la tasa y cantidad de reducción de los síntomas agudos	Mejorar el cumplimiento de la medicación después del alta Mejorar la actitud hacia el tratamiento y el insight sobre la enfermedad
Grupos de comparación	TCC (individual y familiar) vs. terapia recreativa y apoyo informal, con idéntico número de horas	TCC breve vs. psicoeducación + consejo y apoyo	Terapia de cumplimiento vs. consejo inespecífico
Pacientes	40 pacientes internos con psicosis funcional	21 pacientes internos con esquizofrenia o con trastorno esquizo-afectivo, con más de 5 años de enfermedad y presencia de alucinaciones o delirios	74 pacientes internos con psicosis
Terapeutas	Psicólogos investigadores	Dos psicólogos clínicos expertos	Psiquiatras y psicólogos clínicos investigadores
Duración e intensidad de la terapia	Media de 31 hr. individual + TCC de grupo + 12 semanas de intervenciones familiares + programa estructurado de actividades integradas con cuidados intensivos, durante 8 semanas	10-15 sesiones, durante 5 semanas o hasta el alta clínica, con 4 sesiones de refuerzo posteriores	4-6 sesiones de 10-60 minutos cada una
Medidas	PAS, auto-informe de convicción delirante, tiempo de recuperación, días en el hospital	BPRS, Escala de Evaluación de síntomas psiquiátricos, tiempo hasta el alta, 2 años de recaída y hospitalización	Medida compuesta de cumplimiento funcionamiento social, BPRS modificada, GAF, insight, inventario de actitud hacia la medicación
Resultados	Para TCC: Reducción de síntomas más rápida, manteniéndose en el seguimiento, menor convicción delirante, 50% menos de estancia en el hospital y tasa más baja de recaídas a los 9 meses.	Idéntica mejoría de síntomas agudos en ambos grupos, no diferencias significativas en la duración de la estancia, recaídas y re-hospitalización. Tendencia, no significativa, a menos recaídas en el grupo de TCC	Para grupo terapia: mejor cumplimiento mejor actitud hacia el tratamiento e insight, y una estancia en comunidad mayor a los 18 meses
Predictores de buen resultado	Sexo femenino, duración de enfermedad más corta, y promedio más corto de enfermedad sin tratar	No informados	Alto CI, voluntariedad, menor número de síntomas extrapiramidales

Estudios controlados de las terapias cognitivo-conductuales (TCC): Fase post-aguda						
	Tarrier et al. (1993a, 1993b)	Haddock et al. (1996)	Garety et al. (1994)	Garety et al. (1997) Kupers et al. (1997,1996)	Tarrier et al. (1993, 1999)	Sensky et al. (2000)
Metas	Reducir delirios y alucinaciones no respondientes a la medicación. Enseñar habilidades de afrontamiento para reducir síntomas y angustia	Alucinaciones auditivas resistentes a la medicación	Obtener evidencia de la validez de la TCC para pacientes psicóticos	Reducir la angustia de los síntomas positivos, la ansiedad, depresión y desesperanza. Promover auto-regulación del riesgo de recaída y de discapacidad	Tratar síntomas positivos resistentes a la medicación. Enseñar formas de reducir angustia asociada a los síntomas	Reducción de síntomas positivos resistentes a la medicación y mantener la mejoría en el tiempo
Grupos de comparación	CSE vs. solución de problemas	Técnica de focalización vs. distracción vs. control lista espera	TCC + tratamiento estándar vs. lista espera + tratamiento estándar	TCC + cuidado estándar vs. cuidado estándar	TCC intensiva + cuidados rutina vs. consejo apoyo + cuidados rutina vs. sólo rutina	TCC vs. intervención control de ocio y tiempo libre
Pacientes	27 esquizofrénicos no respondientes a la medicación	34 con más de 3 alucinaciones auditivas desagradables por semana, durante más de 6 meses	20 esquizofrénicos y esquizo-afectivos	60 psicóticos con al menos un síntoma positivo residual angustioso	87 psicóticos con síntomas positivos persistentes de al menos 6 meses	90 esquizofrénicos
Terapeutas	4 psicólogos investigadores	Psicólogos expertos	Psicólogos clínicos expertos	Psicólogos clínicos especializados	3 psicólogos clínicos especializados	Enfermeras especializadas con supervisión
Duración e intensidad	2 sesiones de 1 hora por semana, durante 5 semanas	1 hora semanal	16 sesiones, durante 6 meses	2 horas a la semana en la clínica, durante 10 semanas	2 horas por semana en la clínica, durante 10 semanas	19 sesiones individuales, durante 9 meses
Medidas	BPRS, PSA, SFS, habilidades de afrontamiento y solución de problemas, beneficio subjetivo del tratamiento	PSE, auto-informe de alucinaciones, Escala de ansiedad / depresión, Autoestima	PSE, MADS, BPRS, BDI, escala de insight de David, escala de autoestima de Rosenberg	BPRS, MADS, BDI, BAI, SFS, escalas de actitudes y autoconcepto, autoinforme síntomas	PSE, BPRS, SANS, días de hospitalización	CPRS, SANS, escala de depresión de Montgomery-Asberg
Resultados	Ambos grupos mejoran síntomas al final del tratamiento y al seguimiento, y en habilidades CSE mejor en delirios, síntomas, no relación entre resultado y expectativas	Reducción en frecuencia de alucinaciones y en intención vital igual en ambos grupos. Sin cambios en la atribución de voces	TCC mejoría significativa en BPRS, convicción y acción delirios, depresión y valoración subjetiva de los problemas	TCC mayor reducción en BPRS, menor abandono y mayor satisfacción. No diferencias en otros resultados	TCC mayor reducción de síntomas y gravedad, mejor a 12 meses	TCC menos síntomas positivos y anhedonia, tras el seguimiento a 9 meses
Predictores de buen resultado	Puntuaciones pre-tratamiento más altas	No se informa	No se informa	Flexibilidad cognitiva, fisura en insight al inicio, menos admisiones en últimos 5 años. Reconocimiento de la posible equivocación	Duración más corta de la enfermedad, menor gravedad al inicio	No se informa

ANEXO 6.

**Tratamientos psicológicos
eficaces para la
esquizofrenia.**

Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Vallina, y Lemos. (2001).

Modalidades de intervención psicológica en las psicosis (McGorry, 2000)			
Fase	Modalidad	Aplicación	Metas terapéuticas
<i>Pre-psicótica</i>	Psicoeducación	Individual	Reducción de síntomas y de discapacidad
	Terapia cognitivo-conductual	Individual	Reducción en el riesgo de la psicosis
	«Trabajo con familias»	Familiar	Mejora del funcionamiento familiar
	Terapia familiar	Familiar	
<i>Primer episodio de psicosis: Fase aguda (0-2 meses aprox.)</i>	Intervención y apoyo en crisis	Individual y familiar	Reducción de la angustia emocional
	Psicoeducación		Mejora del conocimiento y comprensión de la psicosis Estrategias de afrontamiento adaptativas Regreso al funcionamiento normal Reducción de estrategias de afrontamiento desadaptativas
<i>Recuperación temprana (2-6 meses aprox.)</i>	Manejo de casos basado en las necesidades	Individual	Adaptación óptima al inicio de la psicosis y a sus implicaciones
	Psicoeducación	Individual	Reducción de la angustia emocional
	«Trabajo con familias», con educación y apoyo	Familiar	Ajuste familiar óptimo y aminoración de la angustia emocional
	Intervenciones de grupo, basadas en necesidades	Grupal	Reintegración, relaciones interpersonales, conocimiento y ocio
	Intervenciones cognitivo-conductuales para la recuperación	Grupal	Rehabilitación laboral. Habilidades interpersonales
	Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE)	Individual	Buen conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad Correcta adaptación y manejo de la enfermedad Reducción de la comorbilidad Funcionamiento psicosocial óptimo
	Prevención del suicidio	Individual	Reducción de la ideación, conducta y riesgo de suicidio
Reducción del consumo de cannabis (cognitivo-educativo-motivacional)		Individual	Reducción del uso de cannabis
<i>Recuperación posterior (6-24 o más meses)</i>	COPE	Individual	Adaptación óptima y funcionamiento con el mínimo malestar emocional
	Prevención de recaída (+ psicoeducación + terapia de cumplimiento)	Individual	Buen conocimiento (un modelo explicativo de trabajo) Tasa de recaídas mínimamente razonable Buena adherencia a la medicación
	Tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes (STOPP)	Individual	Reducción de síntomas positivos residuales Reducción del malestar emocional Mejora del funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida
	Apoyo intensivo y educación para familias con pacientes de recaídas frecuentes y escasa respuesta al tratamiento	Familiar	Reducción del impacto y de la angustia en la familia Mejora en las formas de afrontamiento familiar Crecimiento familiar y mejor calidad de vida
	Intervenciones laborales, interpersonales y psicoterapéuticas	Grupal	Progreso laboral Mejor funcionamiento psicosocial, mejores relaciones familiares y con los demás

ANEXO 7.

**Tratamientos psicológicos
eficaces para la
esquizofrenia.**

Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Vallina, y Lemos. (2001).

Componentes de los principales tratamientos cognitivos-conductuales aplicados a la esquizofrenia				
Terapia cognitivo-conductual para la psicosis (Fowler et al., 1995)	Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996)	Terapia conductual (Kingdon y Turkington, 1994)	Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios (Yusupoff et al., 1996, 1998)	Terapia de cumplimiento (Kemp et al., 1997)
Contacto y evaluación	Seleccionar un problema	Enganche y construcción del support	Enseñar al paciente a manipular los determinantes de los síntomas	Fase 1:
Uso de estrategias de manejo cognitivo-conductuales para la autorregulación de los síntomas psicóticos	Evaluación de consecuencias emocionales y conductuales Evaluación de antecedentes	Explicación normalizadora de la psicosis Examen de los antecedentes de la crisis psicótica	Entrenar en cambiar los componentes de la reacción emocional a las voces o la activación de creencias durante	Historia de enfermedad Opiniones sobre el tratamiento Ligar cese medicación-recaída Reconocer malas experiencias Ventajas de implicarse en el tratamiento
Desarrollo de un nuevo modelo de psicosis en colaboración con el paciente	Confirmar asociación entre antecedentes y consecuencias Evaluar las creencias	Tratamiento de la ansiedad y depresión coexistente	Eliminar estrategias de afrontamiento mal adaptativas Provisión de condiciones de entrenamiento realistas	Fase 2:
Estrategias de terapia cognitiva para los delirios y las creencias sobre las voces	Fomulación de las conexiones entre ABC y el desarrollo psicológico evolutivo	Evaluación de la realidad Abordar síntomas psicóticos reales	Múltiples secuencias de estrategias	Ambivalencia ante el tratamiento Predecir incumplimientos Considerar pros y contras Centrar en síntomas diana
Tratar las asunciones disfuncionales sobre uno mismo	Establecer metas y opciones	Manejo de síntomas negativos Prevención de recaídas	Uso de recurrencia de síntomas para los cambios adaptativos en la conducta interpersonal y el estilo de vida	Beneficios de la medicación Desarrollar discapacidad
Manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social	Desafío de creencias	Sesiones de afianzamiento		Fase 3: Mantenimiento del tratamiento Estrategias normalizadoras Prevención a largo plazo Reconocimiento signos de recaída Mantenimiento del contacto

ANEXO 8.

**Tratamientos psicológicos
eficaces para la
esquizofrenia.**

Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Vallina, y Lemos. (2001).

Componentes de los principales programas de intervención familiar			
Modelo			
Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff	Modelo psicoeducativo de Anderson	Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier	Terapia familiar conductual de Falloon
Objetivos			
Reducir la EE y el contacto con el paciente	Reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos	Identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada	Desarrollar habilidades, con técnicas altamente estructuradas
Aumentar las redes sociales de la familia	Evitar el riesgo de recaídas	Incrementar el nivel de funcionamiento del paciente	
Reducir las expectativas no realistas		Identificar las necesidades y planificar cómo satisfacerlas	
Mejorar la comunicación			
Fases del tratamiento			
Programa educativo	Conexión con familias	Programa educativo	Evaluación de la unidad familiar
Grupos inter-familiares	Taller psicoeducativo	Manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento	Educación sobre la enfermedad
Sesiones unifamiliares	Reintegración a la sociedad	Establecimiento de metas	Entrenamiento en comunicación
	Rehabilitación social y profesional		Entrenamiento en solución de problemas
	Etapa final de desenganche		Estrategias conductuales específicas

ANEXO 9.

**Tratamientos psicológicos
eficaces para la
esquizofrenia.**

Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Vallina, y Lemos. (2001).

Estudios controlados de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia						
Estudio	Condiciones de tratamiento (Grupos de comparación)	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Síntomas	Recaída	Ajuste social
<i>Bellack et al. (1984)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Grupo control	29 14	3 horas por semana, durante 3 meses	Tras 6 meses, mejor el grupo de habilidades sociales que el grupo control	Tras 1 año, igual ambos grupos	
<i>Liberman et al. (1986)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Tratamiento holístico	14 14	10 horas a la semana, durante 9 semanas	Tras 2 años, mejor el grupo de habilidades sociales que el de tratamiento holístico	Tras 2 años, iguales ambos grupos	Tras 2 años, mejor el grupo de habilidades sociales que el de tratamiento holístico
<i>Hogarty et al. (1986, 1991)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Psicoeducación familiar Habilidades sociales + psicoeducación Grupo control	23 22 23 35	Habilidades sociales semanales el primer año, y quincenales, el segundo	A 2 años, sin diferencias entre las cuatro las condiciones	Tras 2 años, la psicoeducación igual al grupo combinado y mejor que los de habilidades sociales y control. Iguales los grupos de habilidades sociales y control	A 2 años, el mejor ajuste se observó en el siguiente orden: grupo combinado, grupo de psicoeducación, grupo de habilidades sociales y grupo control
<i>Dobson et al. (1995)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Ambiente social	15 13	4 sesiones semanales, durante 9 semanas	Tras 9 semanas, sin diferencias, entre grupos, en síntomas positivos, y mejor el grupo de habilidades sociales en los negativos Tras 6 meses, ambos grupos iguales	Tras 1 año, iguales ambos tratamientos	
<i>Hayes et al. (1995)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Grupo de discusión Total pacientes	63	Sesiones de 75 minutos, durante 18 meses	Tras 6 meses, ambos grupos iguales	Tras 6 meses, el grupo de habilidades sociales mejor que el de discusión	Ambos grupos iguales en el funcionamiento comunitario
<i>Marder et al. (1996)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Terapia de apoyo	43 37	2 años: 3 horas por semana, el primer año, y 90 minutos por semana, el segundo año	Tras 2 años, ambos grupos iguales	Tras 2 años, ambos grupos iguales	Tras 2 años, el grupo de habilidades sociales mejor que el de terapia de apoyo
<i>Smith et al. (1996)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales		3 semanas	Reducción de síntomas positivos y negativos		Mejor cumplimiento cuidados posteriores al alta
<i>Kopelowicz et al. (1997)</i>	Hab. sociales (con síndrome deficitario) Hab. sociales (sin síndrome deficitario)	3 3	2 horas semana, durante 3 meses	Los pacientes sin síndrome menos síntomas negativos y mejores habilidades conductuales		
<i>Kopelowicz et al. (1998)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Terapia ocupacional	28 31	8 sesiones, durante 1 semana			Grupo de habilidades sociales mejor ajuste comunitario posterior al alta
<i>Liberman et al. (1998)</i>	Entrenamiento en habilidades sociales Terapia ocupacional	42 42	2 años: 12 horas semana en 6 meses, precedidas de 18 meses de manejo de casos	Tras 2 años, el grupo de habilidades sociales menor angustia. Mantenimiento de los síntomas positivos		A 2 años, el grupo de habilidades sociales mejor funcionamiento en habilidades de vida diaria, incluso en áreas no relacionadas con las entrenadas